

**RAHASIA**

**REKOMENDASI UNTUK CALON PESERTA  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER GIGI SPESIALIS / MAGISTER / DOKTOR  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS INDONESIA**

Nama calon peserta
<b>Jawab :</b>
Program studi yang dipilih
<b>Jawab :</b>
Jabarkan durasi waktu Saudara mengenal calon dan hubungan interaksi Saudara dengan calon peserta
<b>Jawab:</b>
Jabarkan tingkat kesiapan calon dalam merencanakan / mempersiapkan diri dalam mengikuti program studi yang dipilih
<b>Jawab:</b>
Jabarkan unsur – unsur yang menurut Saudara merupakan keunggulan / kekuatan calon peserta yang dapat berperan dalam proses pendidikan pada program studi yang dipilih.
<b>Jawab:</b>
Jabarkan CONTOH / situasi / kejadian saat calon peserta menunjukkan tingkat inisiatif, motivasi. Kematangan berpikir dan hal lain yang berkaitan dengan kemampuan calon peserta yang dapat berperan dalam proses pendidikan pada program studi yang dipilih.
<b>Jawab:</b>

## RAHASIA

Jabarkan unsur – unsur yang menurut Saudara merupakan kekurangan / kelemahan calon peserta yang dapat berperan dalam proses pendidikan pada program studi yang dipilih.

**Jawab:**

Jabarkan CONTOH / situasi / kejadian saat calon peserta menunjukkan hal yang berkaitan dengan kemungkinan **hambatan/kekurangan** yang dapat dialami oleh calon peserta, yang dapat berperan dalam proses pendidikan pada program studi yang dipilih. (Bila ada)

**Jawab :**

### PENILAIAN TERHADAP CALON PESERTA (beri tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan karakteristik calon peserta)

Hal yang dinilai	Baik Sekali	Baik	Rata - Rata	Kurang baik	KETERANGAN
Kemampuan Intelektual					
Pengaturan Waktu					
Integritas & kejujuran					
Daya tahan terhadap tekanan/stres					
Kemampuan kerjasama dalam tim					
Etika & Perilaku					

### IDENTITAS PEMBERI REKOMENDASI

Nama (beserta gelar lengkap)	
Jabatan	
Institusi	
Alamat	
Nomor Telepon (aktif)	
Email	

**RAHASIA**

---

Saya menyatakan bahwa rekomendasi ini dibuat dengan sebenarnya untuk dipergunakan dalam pendaftaran calon peserta Program Studi Pendidikan Dokter Gigi Spesialis / Magister / Doktor Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia

Tanggal	
Tanda Tangan dan Nama Jelas	( _____ )

Dimohon agar rekomendasi ini dapat dikirimkan langsung ke Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia (Badan Administrasi Pendidikan/BAP – Gedung A lantai 2 FKG UI) dalam sampul / amplop tertutup yang ditujukan Kepada :

**DEKAN**  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI  
UNIVERSITAS INDONESIA  
Jl. Salemba Raya No, 4  
Kel. Kenari, Kec. Senen  
Jakarta Pusat 10430

Pada SUDUT KIRI BAWAH Sampul / Amplop diberikan keterangan :

REKOMENDASI

PROGRAM STUDI : \_\_\_\_\_ (Diisi sesuai program studi yang dipilih)