

Formular de recomandare pentru Progamul Universitar de Burse Medicale pentru Romi "Roma Health Scholarship", Anul Universitar, **Aplicanți Noi** 2009-2010

A fi completat personal de către aplicant! Acest Formular este Gratuit și poate fi multiplicat!

TERMEN LIMITĂ pentru depunere: 30 mai 2009



Progam Universitar de Burse Medicale pentru Romi "Roma Health Scholarship" Formular de Recomandare pentru Anul Universitar 2009-2010



OPEN SOCIETY INSTITUTE

! Formularul de recomandare trebuie să fie completat de o persoană capabilă să dea informații cu privire la realizările academice anterioare ale aplicantului (de exemplu, un cadru universitar familiarizat cu activitatea candidatului). Vă rugăm să rețineți că Formularul de Recomandare NU POATE fi completat de o rudă sau de către un prieten al candidatului, de o persoană care candidează pentru bursă pentru anul universitar 2009-2010 sau care primește în acest moment bursa REF.

! Vă rugăm să rețineți faptul că prezentul document trebuie să fie completat de o singură persoană. În cazul în care aplicantul dorește să trimită două sau mai multe Scrisori de Recomandare acesta poate multiplica modelul Scrisorii de Recomandare.

! Scrisoarea de Recomandare trebuie să fie acordată candidatului pentru trimiterea acesteea împreună cu Formularul de Aplicare, Obligațiunile Contractuale semnate, datele bancare oficiale și cu copia după actul de identitate sau pașaport.

! Dacă este necesar, persoanele care oferă recomandarea pot atașa pagini suplimentare Formularului de Recomandare.

! Vă rugăm să rețineți că RHSP vă poate contacta pentru a solicita informații adiționale cu privire Candidatul recomandat de Dvs.



OPEN SOCIETY INSTITUTE

FORMULAR DE RECOMANDARE

SE COMPLETEAZĂ DE APLICANT:

Nume Aplicant: _____

Nume Referent: _____

Instituția

Referentului: _____

Data _____

Semnătura Referentului _____

Adresa de Serviciu a Referentului:	_____
Număr de telefon de serviciu al Referentului:	_____
E-mail:	_____

A FI COMPLETAT DE CĂTRE REFERENT:

1. De cât timp cunoașteți candidatul?

2. În ce capacitate ați cunoscut candidatul? Vă rugăm să selectați opțiunile aplicabile.

- Învățător/Profesor
 - Angajator sau Superior
 - Altele (Vă rugăm să specificați)
-
-

3. Vă rugăm să comparați candidatul cu alți elevi/studenți/angajați pe care i-ați cunoscut în domeniul Dvs. De activitate în conformitate cu calificativele de mai jos:

	Excellent	Good	Fair	Poor
• Cunoașterea domeniului studiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abilitate intelectuală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spirit de inițiativă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gândire creativă & independentă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Adaptabilitate la situații noi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Seriozitate fața de scopul propus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abilități interpersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abilități de leadership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Vă rugăm să alegeți una dintre opțiunile de mai jos:

- Recomand cu certitudine
- Recomand
- Recomand cu rezerve
- Nu recomand

5. Vă rugăm să folosiți spațiul de mai jos pentru a oferi o evaluare deschisă/obiectivă a calificărilor candidatului pe care îl/o vor califica pentru obținerea bursei medicale pentru romi în cadrul competiției academice. Calificările Dvs. vor fi luate în considerație de către comisiile de selecție care vor analiza acest dosar de aplicație.

Pagina 1

Formular de recomandare pentru Progamul Universitar de Burse Medicale pentru Romi "Roma Health
Scholarship", Anul Universitar, **Aplicanți Noi** 2009-2010
A fi completat personal de către aplicant! Acest Formular este Gratuit și poate fi multiplicat!
TERMEN LIMITĂ pentru depunere: 30 mai 2009

Page 2

Data _____

Semnătura Referentului _____