**SURAT REKOMENDASI**

No:

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap        :

NIP/NIY/NIDN  :

Pangkat/Golongan :

Jabatan                   :

dengan ini memberikan rekomendasi kepada:

Nama                  :

NIM/NISN                   :

Program Studi :

Akreditasi Prodi :

Fakultas :

Semester                :

IPK                      :

untuk menjadi peserta Program Kampus Mengajar Angkatan \_\_ Tahun 20\_\_ dengan tugas dan ketentuan, sebagai berikut:

1. Mengikuti Program Kampus Mengajar Angkatan \_\_ Tahun 20\_\_ dengan penuh waktu dan mengikuti program sejak awal hingga akhir selama 1 (satu) semester;
2. Ditempatkan di SD atau SMP di daerah seluruh Indonesia yang ditetapkan oleh Tim Program;
3. Melakukan perjalanan lintas kabupaten/kota jika diperlukan.

Dalam rangka pengembangan diri mahasiswa, maka kami menyatakan:

1. Mendukung penuh pembelajaran Mahasiswa selama mengikuti Program Kampus Mengajar;
2. Memberikan pengakuan hasil belajar Mahasiswa Program Kampus Mengajar sebesar 20 sks setelah penyelesaian program sesuai peraturan yang berlaku.

Demikian surat rekomendasi ini saya sampaikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

Pihak Perguruan Tinggi,

(Jabatan)

 (Stempel Perguruan Tinggi)

 (Nama Terang)

NIP/NIY/NIDN