



DOKUMEN INFORMASI
DAN PERJANJIAN
PROGRAM MAGANG
(diisi oleh pihak tempat magang)

PROGRAM D3 BAHASA INGGRIS
FAKULTAS SASTRA
UNIVERSITAS KRISTEN MARANATHA
2017



FORMULIR INFORMASI PENEMPATAN MAGANG

Nama mahasiswa : _____
NRP : _____
Telp : _____
Email : _____

Institusi : _____
Alamat : _____
Telp / HP : _____ / _____
Fax : _____
Supervisor kerja : _____
Telp/ HP : _____
Email : _____

Orang yang dapat dihubungi di institusi / HRD : _____

Masa magang : _____

Mulai magang tanggal : _____

Selesai magang tanggal : _____

Waktu/jadwal kerja : _____

Bentuk penghargaan bagi tenaga magang: (*pilih salah satu*)

- Sertifikat Magang
- Surat Keterangan Mengikuti Magang
- Honorarium (jika ada)
- Lain-lain: _____

Catatan: masa magang minimal 150 jam kerja efektif.

Nama dan tanda tangan :

Bandung, _____ 2017

(.....)
Mahasiswa

(.....)
Supervisor magang + cap institusi



PERJANJIAN KERJA

Nama : _____
NRP : _____
Telepon : _____
Fakultas : _____
Jurusan : _____

Supervisor magang yang dapat dihubungi : Ibu Fenty / Ibu Silvanni

Nomor yg dapat dihubungi : 2012186 ext 1420 / 1422

Institusi : _____
Alamat : _____
Telp / Fax/HP : _____
Supervisor Kerja : _____
Jabatan/posisi supervisor : _____

PERINCIAN PELAKSANAAN TUGAS-TUGAS YANG HARUS DISELESAIKAN :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Nama dan tanda tangan :

Bandung, _____ 2017

(.....)
Mahasiswa

(.....)
Supervisor magang + cap institusi

FORMULIR PERENCANAAN TEKNIS

Nama institusi : _____

Alamat : _____

Nama mahasiswa : _____

Bentuk kerjasama yang Anda pilih : _____

Jumlah tenaga magang : _____

Jangka waktu : minimal 150 jam kerja

Waktu kerja : a) Pukul 08.00 – 12.00

(harap lingkari atau tuliskan jam kerja yang berlaku) b) 3-4 hari per minggu

c) Lainnya: _____

Deskripsi kerja secara umum : _____

Prasyarat tenaga magang : _____

Bentuk penghargaan bagi tenaga magang : _____

Pengawas yang menilai kualitas kerja tenaga magang : _____

Jabatan Pengawas : _____

Tanda tangan & Cap Institusi

Tanggal, _____ 2017

**Pernyataan Kesediaan Menjalinkan Kemitraaan
dengan Program D3 Bahasa Inggris
Fakultas Sastra**

Nama Institusi : _____

Alamat : _____

Silakan memberi tanda ✓ pada kolom yang sesuai:

Magang

Dosen Tamu

Penelitian

Pengembangan Silabus

Tanda tangan dan cap institusi:

B. MOHON DIISI PADA KOLOM YANG SESUAI, DENGAN TANDA ✓

No.	Jenis Kemampuan	Sangat Baik	Baik	Cukup	Kurang
1.	Integritas (etika dan moral)				
2.	Keahlian di bidang pekerjaan				
3.	Bahasa Inggris				
4.	Penggunaan teknologi				
5.	Komunikasi				
6.	Kerjasama tim				
7.	Pengembangan diri				

PENILAIAN UMUM :

Saran lainnya berkaitan dengan mahasiswa magang Program Bahasa Inggris UKM:

Masukan bagi PROGRAM D3 BAHASA INGGRIS :

Tanda Tangan Supervisor & Cap Institusi

Bandung, _____ 2017

(.....)

Nama lengkap