



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA – SETEC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLÓGICA DE MATO GROSSO
IFMT CAMPUS SINOP

**DECLARAÇÃO DE VALIDAÇÃO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS COMO
ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO**
(Preenchido pelo(a) Colegiado do Curso)

NOME DO(A) ALUNO(A): _____

MATRÍCULA: _____ CURSO: _____

ORIENTADOR(A): _____

Atividade Profissional para Aproveitamento, conforme documentação apresentada:

- () Empregado(a) ou servidor(a);
() Autônomo(a);
() Empresário(a);
() Documentos adicionais: _____

() As atividades profissionais exercidas **FORAM VALIDADAS** como correlatas ao curso, para fins de **APROVEITAMENTO** no Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório, no cômputo da carga horária exigida de _____ horas.

() As atividades profissionais exercidas **NÃO FORAM VALIDADAS**, como correlatas ao curso, para fins de **APROVEITAMENTO** no Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório.

Sinop/MT, ___/___/____.

Nome completo do(a) estudante
Estagiário(a)

Nome completo do(a) Presidente do Colegiado do
Curso
Presidente do Colegiado do Curso