

TERMO ADITIVO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO / IFSP

Endereço: Avenida dos Três Poderes, 375, Residencial Central Parque, SALTO / SP, CEP 13325-047.

Fone: (11) 4602-9199

CNPJ: 10.882.594/0012-18

Representada pelo seu Diretor Geral, Prof. Edilson Aparecido Bueno, nomeado pela Portaria nº 1473/IFSP, de 09 de abril de 2025.

<<https://drive.google.com/file/d/1HLWq6DTSXm2ZaMykFUb45ROLueEL-X6A/view?usp=sharing>>

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A)

Nome:

e-mail:

UNIDADE CONCEDENTE

Razão Social:

CNPJ:

(empresa)

CPF:

(autônomo)

Fone:

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Representante Legal:

Cargo:

Formação:

e-mail:

Supervisor(a) de estágio:

Cargo:

Formação:

e-mail:

ESTAGIÁRIO(A)

Nome:

Curso:

Período: () Matutino () Vespertino () Integral () Noturno

Prontuário:

RG:

CPF:

Data de nascimento: / /

Endereço:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Fone:

e-mail:

Tipo de Estágio: Obrigatório () Não-Obrigatório ()

Pessoa com Deficiência () SIM () NÃO

As partes supracitadas resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO** ao Termo de Compromisso de Estágio, em conformidade com a Lei nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, o Regulamento de Estágio do IFSP (Portaria nº 70, de 20 de outubro de 2022), Instrução Normativa nº 02, de 01 de março de 2021 e demais legislação vigente que dispõe sobre o estágio.

CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1 Por este instrumento de Aditamento ao Termo de Compromisso de Estágio, celebrado na data de **dd/mm/aaaa** (informar a data da assinatura do Termo de Compromisso de Estágio) fica aditado para constar que:

1.1.1 **Descrever as alterações havidas.**

CLÁUSULA SEGUNDA

2.1 E por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em 03 (três) vias, no caso de cópia impressa, ou em 01 (uma) via no caso de documento digital, na presença de duas testemunhas, para todos os fins e efeitos de direito.

Salto, **XX** de **mês** de **20XX**.

Assinam	Nome	Assinatura
Representante Legal Unidade Concedente	Digitar o nome completo	
Supervisor(a) Unidade Concedente	Digitar o nome completo	
Estudante Estagiário(a)*	Digitar o nome completo	
Professor(a) Orientador(a)	Digitar o nome completo	
Coordenador(a) do curso ou de Estágio	Digitar o nome completo	
Coordenador de Extensão	Ed Alencar Dias da Silva	
Diretor-Geral IFSP Campus Salto	Edilson Aparecido Bueno	

A assinatura manuscrita deve ser acompanhada do carimbo do signatário.

** Para estudantes menores de idade a assinatura deve ser realizada pelo(a) Responsável legal pelo(a) menor estagiário(a).*