



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS
Campus FORMIGA
Setor de Extensão, Inovação, Pesquisa e Pós-Graduação (SEIPPG) (estagio.formiga@ifmg.edu.br)

SOLICITAÇÃO DE TERMO ADITIVO DE ESTÁGIO

(Preenchimento deve ser digitado)

MARCAR MODALIDADE: OBRIGATÓRIO NÃO OBRIGATÓRIO

MARCAR TIPO DE ESTÁGIO: Presencial Remoto (à distância) Ambos

Para Estágio NÃO OBRIGATÓRIO:

- Juntamente com o Cadastro deve ser anexada A DECLARAÇÃO DE MATRÍCULA OU DECLARAÇÃO DE INTEGRALIZAÇÃO (se estiver no último período regular do curso). Solicitar na Secretaria Acadêmica e;

- Importante: Em todo o Estágio Não Obrigatório a Concedente é responsável por fazer o Seguro Contra Acidentes Pessoais para o aluno.

DADOS PESSOAIS

NOME DO ALUNO: _____	Matr.: _____
Curso: _____	
Ano ou Período que está cursando: _____	Turma: _____
Tipo de Estágio (Só Para Estágio Do Curso De Matemática) () I () II () III () IV	
CPF: _____	RG: _____ Órg.Emissor: _____
Estado Civil: _____	D. N: _____ / _____ / _____
Representante Legal (Aluno Menor): _____	
Endereço Residencial (Rua/Av., Número): _____ Bairro _____ Estado: _____	
Cidade _____	Cep: _____
Fone: () _____	Celular: () _____
E-Mail: _____	
Início Do Curso: Mês: _____	Ano: _____
Formatura: Mês: _____	Ano: _____

PREENCHA SOMENTE AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS QUE JUSTIFICAM O TERMO ADITIVO

() Rescisão: Último dia de estágio foi ____/____/____ Motivo: _____

() Prorrogação: Até ____/____/____

() Valor da Bolsa Auxílio _____ a partir de ____/____/____

() Outros Auxílios (discrimine-os) _____ Valor: _____ a partir de ____/____/____
_____ Valor: _____ a partir de ____/____/____

() Cobertura do Seguro contra acidentes pessoais (entregar cópia da apólice):

Seguradora: _____ a partir de ____/____/____ Nº da apólice _____

() Professor Orientador: _____ a partir de ____/____/____

() Supervisor(a) do Estágio: _____ a partir de ____/____/____

E-mail do supervisor: _____ Fone: _____

Alteração do Plano de Atividades:

Descrição das atividades a serem desenvolvidas no período ADITADO (elencar por tópicos as atividades. acrescentar quantas linhas for preciso):

1-
2-
3-
4-
5-
6-

Representante Legal da Concedente:

Representante legal da Concedente: _____
Data Nasc.: _____ CPF: _____ RG: _____ Órg.Emissor _____
Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____
Endereço do representante: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Cep.: _____
Fone para contato: () _____ E-mail: _____

Outras Alterações _____