TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

ESTUDANTE	
Nome:	
Matrícula:	Data de nascimento:
Curso:	Período:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

UNIDADE CONCEDENTE	
Razão social:	
CNPJ: (empresa)	Inscrição estadual:
CPF: (autônomo)	
Endereço:	
Cidade:	UF:
Representante legal:	Função/cargo:
Supervisor de estágio:	
Formação acadêmica:	E-mail:
Registro Profissional nº:	Órgão:

Síntese das atividades desenvolvidas pelo estagiário:

Avaliação de desempenho do estagiário:

( ) Excelente ( ) Muito bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente

Comentários:

Motivo do desligamento:

( ) Por término do período previsto no Termo de Compromisso

( ) Contratação do estagiário pela unidade concedente

( ) Rescisão por iniciativa da unidade concedente

( ) Rescisão por iniciativa do estagiário

( ) Rescisão por iniciativa da instituição de ensino

Período de estágio: / / a / /

Carga Horária Semanal:

Carga horária total do estágio:

( ) Obrigatório _____
( ) Não Obrigatório _____

Local e Data.

_____
Estagiário ou Responsável legal pelo menor estagiário

_____
Nome completo do representante legal - concedente
Assinatura e Carimbo da empresa

_____
Professor Orientador de Estágio