



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Restinga
Rua Alberto Hoffmann, 285 – Restinga – Porto Alegre/RS – CEP 91.791-508
Telefone: (51) 3247.8400 – www.ifrs.edu.br/restinga – E-mail: estagios@restinga.ifrs.edu.br

TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

A empresa/ instituição pública _____, situada
_____, com registro no CNPJ nº _____,
declara, para os devidos fins, que a(o) _____
estudante do curso _____, do Instituto Federal de
Educação, Ciência e Tecnologia - *Campus Restinga*, matrícula nº _____,
realizou com esta parte concedente estágio, pelo período de _____ a _____,
totalizando _____ horas, sob a supervisão de _____,
desenvolvendo as seguintes atividades abaixo listadas:

O desempenho do estagiário no exercício das atividades mencionadas foi considerado:
_____ (Ótimo, Muito bom, Bom, Satisfatório, Insatisfatório)

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__

Nome:

Cargo:

Assinatura:

Carimbo (dispensado com assinatura digital)