



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense
Campus Santa Rosa do Sul

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO(A) ESTAGIÁRIO(A)

*(Empresa preenche)

Aluno(a):	Turma:
Curso:	
Empresa:	
Supervisor(a) de Estágio:	
Período:	
Carga Horária:	

Assinale com um X a graduação de cada característica que melhor avalia o (a) Estagiário (a) em questão.

Preencha todos os itens. Em caso de dúvida, preencha o que mais se aproxima da situação do avaliado.

1. Relacionamento no Estágio:

Facilidade de contato com os colegas, supervisores e com pessoas em geral.

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

2. Assiduidade e Pontualidade:

Presença constante e cumprimento de cronogramas e prazos estabelecidos no ambiente de estágio.

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

3. Nível de conhecimento teórico:

Conhecimento necessário para o desempenho de atividades no estágio e acompanhamento de serviço.

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

4. Cooperação:

Disponibilidade e boa vontade para com seus supervisores e colegas.

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

5. Responsabilidade e interesse:

Capacidade de cuidar de materiais e equipamentos e responder pelas atribuições que lhe forem confiadas durante o Estágio.

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

6. Espírito de iniciativa:

Capacidade de procurar soluções, sem prévia orientação, dentro de padrões adequados.

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

Observações:_____

__/__/__:_____

DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO
(A)

ASSINATURA DO(A) ESTAGIÁRIO