**TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Unidade Concedente: | |
| CNPJ: | |
| Endereço: | Telefone: ( ) |
| Cidade: | U.F.: |
| Supervisor da unidade concedente: | |
| E-mail: | Telefone: ( ) |

|  |
| --- |
| Estagiário(a) |
| Curso: |

|  |
| --- |
| Atividades realizadas pelo estagiário: |

|  |
| --- |
| Avaliação de Desempenho |

|  |
| --- |
| Período de Estágio  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Carga horária total realizada: \_\_\_\_\_h |

**Observações:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Declaro, para os fins que se fizerem necessários no IFMS - *Campus* **<NOME DO *CAMPUS*>**, que o (a) estudante acima indicado (a) realizou seu estágio sob minha supervisão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20 \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

Supervisor(a) do Estágio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

Responsável Legal pela Unidade Concedente