MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAPÁ

TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

AVALIAÇÃO DO SUPERVISOR

Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008

Termo emitido em cumprimento à exigência do inciso V do art. 9º da Lei 11.788/2008

Nome: _____Turma: _____

Curso:_____CH: _____

Período de Estágio: ____/_____/_____ a ____/_____/_____ Local de Estágio: _____

Área de Atuação da Concedente: _____

Professor(a) Orientador(a):_____

Supervisor do Estágio: _____

Formação: _____

E-mail:_____Telefone: ( ) _____

Atividade realizadas pelo Estagiário (a):

_____

_____

_____

Avaliação de Desempenho do (a) Estagiário (a):

_____

_____

_____

Período de estágio: ___/ ___/ _____a ___/ ___/ _____

Carga Horária Semanal: _____Carga Horária Total: _____

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários junto ao **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá – Campus** _____, que o (a) aluno (a) acima indicado (a), realizou seu estágio sob minha responsabilidade.

_____, _____de _____de _____.

_____

Assinatura e Carimbo do Supervisor (a)