



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

I - DADOS DO ESTAGIÁRIO

Nome:		Matrícula:	
Curso:	Ano de Entrada:	Turno:	Data de Nascimento:
Endereço:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone Fixo:	Celular:	E-mail:	

II - DADOS DA CONCEDENTE

Nome:		CNPJ:	
Endereço:			Nº:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone(s):		E-mail:	
Nome do Diretor/Presidente:		Nome do Responsável pelo RH:	

III - DADOS REFERENTES AO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Início:	Término Previsto:	Nº de Horas Diárias:	Nº de Horas Semanais:
Setor onde o Estagiário exercerá as atividades:	Telefone do Setor/Ramal:	Nome do Supervisor de Estágio:	
Formação Acadêmica do Supervisor de Estágio:	Registro do Supervisor:	Cargo do Supervisor de Estágio:	

IV – PLANO DE ATIVIDADES (PREENCHIDO PELO SUPERVISOR DE ESTÁGIO DA CONCEDENTE)

Objetivo do Estágio:

Atividades Propostas para o Estagiário:

Pré-requisitos:

Assinatura do Aluno

Data: _____ Data: _____

Assinatura do Responsável Legal
(Se o estagiário for menor de 18 anos ou incapaz)

Assinatura do Supervisor de Estágio e Carimbo da Concedente

V – ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DO CURSO

Aprovo o presente Programa de Estágio como:

Estágio Supervisionado Obrigatório Estágio Supervisionado Não Obrigatório

Data: _____

Assinatura/carimbo do Coordenador de Estágios ou Coordenador do Curso

Profº Orientador de Estágio: