

TERMO DE REALIZAÇÃO

ESTUDANTE	
Nome:	
Prontuário:	Data de nascimento:
Curso: Licenciatura em Matemática	Período:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:
Número de horas semanais:	Total de horas no Estágio: 100 horas

UNIDADE CONCEDENTE	
Razão social:	
CNPJ:	Inscrição estadual:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Representante legal:	Função:
Supervisor de estágio:	
Formação acadêmica:	E-mail:

Síntese das atividades desenvolvidas pelo estagiário:

Avaliação de desempenho do estagiário

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

Comentários:

Motivo do desligamento

() Por término do período previsto no Termo de Compromisso

() Contratação do estagiário pela unidade concedente

() Rescisão por iniciativa da unidade concedente

() Rescisão por iniciativa do estagiário

() Rescisão por iniciativa da instituição de ensino

Período de estágio: ___/___/2023 a 10/06/2023

Carga Horária Semanal:

Carga horária total do estágio: 100 horas

_____, ____ de _____ de 2023

Unidade Concedente

Estagiário