**TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO**

Instituição Concedente:

CNPJ: com sede em *endereço da sede* e-mail: telefone:

Local de realização do estágio: NOME DO SETOR DE ESTÁGIO do (a) ÓRGÃO DE VINCULAÇÃO

Endereço do setor:

Responsável pelo Setor de Estágio:

Supervisor de Estágio: - CARGO, FUNÇÃO E/OU FORMAÇÃO

Nome do Estagiário:

Regularmente inscrito e matriculado no curso:

Matrícula nº: RG: CPF:

Instituição de Ensino: Universidade Federal Fluminense

CNPJ: 28.523.215/0001-06 com sede na Rua Miguel de Frias, 9, Icaraí - Niterói.

Nos termos do art. 9º, inciso V, da Lei 11.788/08, declaramos que o estagiário acima qualificado realizou estágio nesta Instituição, no período de DATA DE INÍCIO a DATA DE TÉRMINO, cumprindo carga horária semanal de 20 horas.

Durante este período desempenhou as seguintes atividades:

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Seu desempenho foi considerado: ( ) insatisfatório ( ) satisfatório ( ) muito satisfatório

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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

RESPONSÁVEL PELO SETOR DE ESTÁGIO SUPERVISOR DE ESTÁGIO

Assinatura e carimbo Assinatura e carimbo