TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Concedente: Universidade Federal Fluminense

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

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pelo Setor de Estágio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Estagiário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

regularmente inscrito e matriculado no curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

matrícula nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: Universidade Federal Fluminense

CNPJ: 28.523.215/0001-06 com sede na Rua Miguel de Frias, 9, Icaraí - Niterói. Telefone: 2629-5069

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

Durante este período desempenhou as seguintes atividades:

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

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

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

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

SUPERVISOR DO ESTÁGIO

Assinatura e carimbo

Assinatura e carimbo

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

RESPONSÁVEL PELO ESTÁGIO

Assinatura e carimbo