



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO OBRIGATÓRIO
FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE DOCENTES

I - DADOS DO ESTAGIÁRIO

Nome:		Matrícula:	
Curso:	Ano de Entrada:	Série/Período Atual:	Turno:
Endereço:			Nº:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone Residencial:	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:	Duração Prevista em Meses:	N.º de Horas Semanais:	Total de Horas previstas:
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:

Data: _____
Assinatura do Supervisor de Estágio e Carimbo da Concedente

Data: _____
Assinatura do Aluno

V – ANÁLISE DA COORDENAÇÃO DO CURSO

Aprovo o presente Programa de Estágio como:

Estágio Supervisionado Obrigatório

Data: _____
Assinatura/carimbo do Coordenador de Estágios ou Coordenador do Curso

Profº Orientador de Estágio:

Atenção: A inscrição do aluno no Estágio Supervisionado depende da entrega de 3 (três) vias deste documento na Coordenação de Programas de Estágio, acompanhado de 3 (três) vias do Termo de Compromisso, com o nome da seguradora e o número ou cópia da Apólice de Seguros contratada.