



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais - *Campus Salinas*

DEX - NÚCLEO DE ESTÁGIO

Ficha de Matrícula de Estágio

Estagiário(a): _____
Curso: _____
Nº Matrícula IFNMG/*Campus Salinas*: _____ Série/Turma: _____ Ano Formatura: _____
Natural de: _____ UF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Filiação: _____
Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____
Endereço Residencial (rua/av.): _____ Nº: _____
Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone Fixo: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____

Campo reservado à Secretaria do Curso:

Curso: _____ Início/Ano: _____

() Matutino () Vespertino () Noturno () Integral

Parecer da Secretaria do Curso:

() aluno(a) regularmente matriculado. Cursando: _____ série _____ módulo _____ período

() aluno(a) que integralizou a carga horária do curso(*). Semestre/Ano de integralização: ____/____

() aluno(a) com matrícula trancada

() aluno(a) em regime de dependência(s)

Dependência(s) em:

_____(MG), ____/____/____

Secretaria do Curso (com carimbo)

*Concluiu com aproveitamento todas as disciplinas/módulos que integram a estrutura curricular do curso, excluindo-se estágios e defesas de TCC, entre outras atividades que não pressuponham a presença regular do aluno nas dependências da instituição.

Plano de Estágio

() obrigatório

() não-obrigatório

Dados do Seguro Contra Acidentes Pessoais

Apólice nº: _____

Seguradora: _____

Dados da Entidade Concedente de Estágio

Nome Fantasia: _____

Razão Social: _____

Ramo de atividade: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Telephone: _____ Fax: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Responsável/Contato:_____

Cargo: _____ E-mail: _____

Dados do Estágio

Setor/Unidade: _____

Nome do Supervisor (empresa/instituição) : _____

Habilitação Profissional do Supervisor: _____

Número de registo no Conselho de Profissões: _____

Nome do Professor Orientador (IFNMG/*Campus* Salinas) _____

Data Prevista para Início do Estágio:____/____/____Data Prevista para o Término do Estágio:____/____/____

Atividades principais a serem desenvolvidas (descritas pelo Professor Orientador do estágio):

[illegible]

_____, de _____ de _____.

Estagiário

Professor Orientador – IFNMG/*Campus* Salinas

Supervisor do Estágio Entidade Concedente de Estágio

Coordenador do Curso

OBS: Após parecer do Coordenador do Curso, favor procurar o NÚCLEO DE ESTÁGIOS para efetivar a sua matrícula de Estágio.