

PLANO DE ESTÁGIO

() **obrigatório**

() **não-obrigatório**

DADOS DO SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS

Apólice nº: _____

Seguradora: _____

DADOS DA ENTIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Responsável: _____ Contato/Telefone: (____) _____

Cargo: _____ E-mail: _____

DADOS DO ESTÁGIO

Setor/Unidade: _____

Nome do Supervisor (empresa/instituição): _____

Habilitação Profissional do Supervisor: _____

Cargo do Supervisor (empresa/instituição): _____

Nome do Professor Orientador (IFNMG – Campus Montes Claros): _____

Formação Profissional do Professor Orientador: _____

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

Jornada de Estágio: das ____ h às ____ h e das ____ h às ____ h, totalizando ____ h semanais.

ATIVIDADES PRINCIPAIS A SEREM DESENVOLVIDAS*:

*Colocar as atividades principais a serem desenvolvidas em tópicos.

Montes Claros - MG, _____ de _____ de _____

Nome: _____

Estagiário
Campus Montes Claros

Nome: _____

Professor(a) Orientador(a) – IFNMG.
Campus Montes Claros

Nome: _____

Supervisor do Estágio
Entidade Concedente do Estágio

Nome: _____

Coordenador do Curso ou Organizador de Estágio
Campus Montes Claros