

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO ESTAGIÁRIO

Concedente:	
Município:	CNPJ:
Orientadora:	
Telefone:	
Estagiário:	E-mail:
Curso Técnico:	
Telefone: 3451-5444/5096	E-mail: ceep.saudeegestao@educacao.ba.gov.br
Unidade Escolar: Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde e Gestão - GUANAMBI	
Período do Estágio:	
Total de Horas Cumpridas:	

ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
1. Assiduidade				
2. Pontualidade				
3. Interesse pelo trabalho				
4. Organização				
5. Responsabilidade				
6. Postura profissional				
7. Relacionamento				
AVALIAÇÃO FINAL:				

OBSERVAÇÕES:

SUPERVISOR DO ESTÁGIO	
NOME:	
CARIMBO E ASSINATURA	
LOCAL:	DATA: