

AValiação de Desempenho do Estagiário

Concedente:				
Município:		CNPJ:		
Orientadora:				
Telefone:		E-mail:		
Estagiário:				
Curso Técnico:				
Telefone: () - -		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:		
AValiação da Concedente	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
Infraestrutura				
Atividades exercidas				
Organização				
Supervisão de estágio				
AValiação Final:				
ASPECTOS A SEREM AVALIADOS	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
Assiduidade				
Pontualidade				
Interesse pelo trabalho				
Organização				
Responsabilidade				
Postura profissional				
Relacionamento				
AValiação Final:				

OBSERVAÇÕES:

ORIENTADOR DO ESTÁGIO
NOME:
CARIMBO E ASSINATURA
DATA: