**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 |  |  |  |  |
| 1. Pontualidade |  |  |  |  |
| 1. Interesse pelo trabalho |  |  |  |  |
| 1. Organização |  |  |  |  |
| 1. Responsabilidade |  |  |  |  |
| 1. Postura profissional |  |  |  |  |
| 1. Relacionamento |  |  |  |  |
| **AVALIAÇÃO FINAL:** |  | | | |
|  | | | |

**OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **SUPERVISOR DO ESTÁGIO** |
| NOME: |
| CARIMBO E ASSINATURA |
| LOCAL: DATA: |