



PLANO DE ESTÁGIO

DADOS DO SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS

Apólice nº:

Seguradora:

DADOS DA ENTIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO

Name: _____

Endereço: _____

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

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Responsável/Contato: _____

DADOS DO ESTÁCIO

Setor/Unidade:

Nome do Supervisor (empresa/instituição):

Habilitação Profissional do Supervisor:

Nome do Professor Orientador:

Data Prevista para Início do Estágio: / /

Data Prevista para o Término do Estágio: / /

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

Atividades principais a serem desenvolvidas:

, de de .

Estagiário

Professor(a) Orientador(a) – IFNMG
Campus Almenara

Supervisor do Estágio

Coordenador do Curso