



PLANO DE ESTÁGIO

(X) 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: _____

Cargo: _____ E-mail: _____

DADOS DO ESTÁGIO

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