



Protocolo nº: _____ Data: ___/___/___

PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

() obrigatório

() não obrigatório

Estagiário(a) _____

E-mail: _____

Telefone p/ contato (fixo): _____ Telefone p/ contato (celular): _____

Curso: _____ Módulo: _____ Turno: _____ Matrícula: _____

Endereço: _____

Empresa: _____ CNPJ _____

Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____

CEP: _____ Fone: () _____ Fone/Fax: _____

E-mail: _____

Representada por: _____ Cargo: _____

Supervisor (a) na Empresa: _____ CREA: _____

Horário: _____ Total de horas: _____ Bolsa: _____

| PRINCIPAIS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | % |
|-------------------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Estagiário

Supervisor na Empresa
Assinatura e Carimbo

Responsável por Estágio do Curso
Assinatura e Carimbo

Para uso do IFSC

.....
ORIENTADOR: _____

Devolvido à Coordenadoria de Estágio em: ___/___/___

Vigência contrato: de ___/___/___ à ___/___/___

Prazo final para entrega do relatório: ___/___/___