

Plano de Estágio

() obrigatório

() não-obrigatório

Dados do Seguro Contra Acidentes Pessoais

Apólice nº:2001086 Seguradora: SURA SEGUROS – HEMB ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Vigência do seguro: **10/12/17 a 10/12/18**

Dados da Entidade Concedente de Estágio

Nome: AÇÃO SOCIAL SANTO ANTÔNIO

Endereço: SÍTIO COLÉGIO, S/N, ZONA SUBURBANA

Telefone: (33) 37311337

Fax: (____) _____

Cidade: ARAÇUAÍ UF: MG CEP: 39600-000

Responsável/Contato: _____

Cargo: _____ E-mail: _____

Dados do local de Estágio

Setor/Unidade: _____

Nome do Supervisor (empresa/instituição) : _____

Habilitação Profissional do Supervisor: _____

Nome do Professor Orientador (IFNMG – Campus Araçuaí) _____

Data Prevista para Início do Estágio: ____/____/____ Data Prevista para o Término do Estágio: ____/____/____

Jornada de Estágio: 7h às 11 h e das 13 h às 17 h, totalizando 30 h semanais.

Atividades principais a serem desenvolvidas :

- Preparação e execução de Oficinas Educativas;
- Promoção de atividades de educação em saúde com indivíduos e grupos da comunidade, utilizando metodologias reflexivas e participativas;
- Reconhecimento da estrutura física, equipe e atividades, na Ação Social, entre outras.

OBS: Após parecer do Coordenador do Curso, procure a DEX Campus ou órgão equivalente para efetivar a sua matrícula de Estágio.

_____ (MG), _____ de _____ de _____.

Estagiário

Professor(a) Orientador(a) – IFNMG Araçuaí.

Supervisor do Estágio Entidade Concedente de Estágio

Coordenador do Curso ou cargo equivalente- IFNMG Araçuaí