

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: _____

Endereço: _____

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

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

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: _____ h às _____ h e das _____ h às _____ h, totalizando _____ h semanais.

Atividades principais a serem desenvolvidas :

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