

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ – CAMPUS SOBRAL
DEPARTAMENTO DE EXTENSÃO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
SETOR DE ESTAGIO

PLANO DE ATIVIDADES DO ESTAGIÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA E SUPERVISOR

NOME DA EMPRESA: _____
ENDEREÇO: _____ Nº: _____
CEP: _____ CIDADE: _____ CNPJ: _____
TELEFONE: _____ HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____ : _____ as _____ : _____
E-MAIL: _____
SUPERVISOR DO ESTÁGIO DESIGNADO PELA EMPRESA: _____
CARGO/QUALIFICAÇÃO: _____ TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTAGIÁRIO

NOME: _____
TELEFONE: _____ CURSO: _____ SEMESTRE: _____
PERÍODO DO ESTÁGIO: ____/____/____ a ____/____/____ HORÁRIO: ____:____ às ____:____
REMUNERADO? () NÃO () SIM VALOR DA BOLSA: R\$ _____ SETOR DO ESTÁGIO: _____

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

CAMPUS: _____ PROFESSOR ORIENTADOR: _____
TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

RESULTADOS ESPERADOS

Supervisor (Assinatura e carimbo)

Estagiário (a) (Assinatura)

Professor Orientador (Assinatura e carimbo)