TIMBRE DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

**PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

***Objetivos: Planejar e organizar as atividades a serem desenvolvidas no estágio; Orientar o acompanhamento, a supervisão e a avaliação do estágio e do estagiário.***

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES GERAIS DO ESTÁGIO** |
| **DADOS DA CONCEDENTE:**  |
| **Razão Social: PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAGOMINAS** |
| **Endereço:**  | **CEP:**  |
| **CNPJ:**  | **Fone:**  | **Cidade/UF:**  |
| **Responsável Legal:**  | **Cargo:** |
| **Local/Setor onde o estágio será desenvolvido:**  |
| **Nome do Supervisor da Concedente:** |
| **Cargo:** | **Fone:** |
| **RG/Reg. do Conselho:** | **E-mail:** |
| **DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |
| **Nome da Instituição:**  |
| **Endereço:**  | **Fone** |
| **Direção:**  |
| **Coordenação de Integração:**  | **Fone/E-mail:**  |
| **Professor Orientador/Supervisor de Estágios:** | **Fone:** |
| **DADOS DO ESTAGIÁRIO:** |
| **Nome do Estagiário:** | **Matrícula:** |
| **RG:** | **CPF:** | **Data de Nasc.:** |
| **E-mail:** | **Telefone:** |
| **Curso:** | **Ano:** | **Modalidade:**( ) Integrado ( ) Subsequente ( )PROEJA |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Nome da Mãe:** | **Nome do Pai:** |
| **Período do Estágio:** | **Carga horária semanal:** |
| **Carga Horária Diária:**  horas  | **Entrada:** :00 horas | **Saída:**  :00 horas |
| **Bolsa-Auxílio/Contraprestação:**  |
| **Aux. Transporte:** ( ) SIM ( ) NÃO | **Auxílio Alimentação:** ( )SIM ( )NÃO |
| **SEGURO: ( )Concedente ( ) Instituição de Ensino** | **Seguradora:**  |
| ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS PELO ESTÁGIÁRIO – INSERIR DISCIPLINA DO CURSO |
|  |
| **PROPOSTA DE ATIVIDADES DA CONCEDENTE –** Ações/Atividades a serem desenvolvidas pelo (a) Estagiário (a) – Responsável na empresa elenca as atividades que o aluno irá realizar, conforme disciplinas do curso. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Declaramos para os devidos fins que desejamos e autorizamos a realização do estágio curricular obrigatório (ou não obrigatório) e supervisionado do(a) aluno(a) acima identificado(a), durante o qual o(a) mesmo(a) poderá circular pelas instalações, pesquisar dados e obter informações que proporcionem condições ideais para a conclusão com êxito de seu estágio. Para tanto, a Secretaria Municipal XXXXXX seguirá o proposto neste Plano de Atividades de Estágio referente ao curso em questão.****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Assinatura e Carimbo - Concedente** |
|  |  |
| **PARECER DO(A) PROFESSOR (A) SUPERVISOR (A) DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO –** Validação ou não das atividades propostas pela Concedente de Estágio. |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  **\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_** (ASSINATURA E CARIMBO) |
| **Visto do Coordenador (a) de Integração:** |