

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Instituição Concedente: _____ CNPJ: _____

com sede em _____ e-mail _____ telefone: _____

Local de realização do estágio: _____ do (a) _____

Endereço do setor: _____

Responsável pelo Setor de Estágio: _____

Supervisor de Estágio: _____ - CARGO, FUNÇÃO E/OU FORMAÇÃO

Nome do Estagiário: _____

Regularmente inscrito e matriculado no curso: _____

Matrícula nº: _____ RG: _____ CPF: _____

Instituição de Ensino: Universidade Federal Fluminense

CNPJ: 28.523.215/0001-06 com sede na Rua Miguel de Frias, 9, Icaraí - Niterói.

Nos termos do art. 9º, inciso V, da Lei 11.788/08, declaramos que o estagiário acima qualificado realizou estágio nesta Instituição, no período de ___/___/___ a ___/___/___, cumprindo carga horária semanal de 20 horas.

Durante este período desempenhou as seguintes atividades:

Seu desempenho foi considerado: () insatisfatório () satisfatório () muito satisfatório

Niterói, ___ de _____ de _____

RESPONSÁVEL PELO SETOR DE ESTÁGIO
Assinatura e carimbo

SUPERVISOR DE ESTÁGIO
Assinatura e carimbo