



INSTITUTO FEDERAL
Fluminense
Campus Cabo Frio

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



CURSO DE LICENCIATURA

ANEXO I – DADOS DO(A) ESTAGIÁRIO(A) E DA ESCOLA CAMPO PARA A EMISSÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

(Preencher com letra de forma)

DADOS DO(A) ESTÁGIÁRIO(A)			
Nome:		Matrícula:	
Data Nascimento:	RG:	CPF:	
Licenciatura em:			
Ano Letivo:	Período/Semestre:	Turno:	
Endereço:			
Município:		UF:	CEP:
Tel./Cel.:		E-mail:	

DADOS DA INSTITUIÇÃO CONCEDENTE			
Nome da Escola:		CNPJ:	
Esfera: () Federal () Estadual () Municipal () Privada			
Endereço:			
Município:		UF:	CEP:
Tel./Cel.:		E-mail:	
Responsável no Setor	Nome:	Tel./Cel.:	E-mail:
Supervisor Acadêmico	Nome:	Tel./Cel.:	E-mail:
Estágio	Horário: das _____ às _____ horas (não pode ultrapassar a 6 horas de atividades por dia)		
	Quantidade de dias na semana: _____ dias (máximo de 5 dias na semana)		