

Diretoria de Extensão – IFF Campos-Centro
Coordenação da Agência de Oportunidades

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO
(Professor(a) Orientador(a) do Curso)

Nome do(a) Estagiário(a): _____

Curso: _____ Série/Módulo/Período: _____

EMPRESA(S):

I.
II.
III.

EMPRESA	PERÍODO DO ESTÁGIO	Nº HORAS
	/ / a / /	
	/ / a / /	
	/ / a / /	

CARGA HORÁRIA TOTAL:

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/___

INDIQUE COM UM (X) A AVALIAÇÃO DOS ITENS INDICADOS ABAIXO:

ASPECTOS	AVALIAÇÃO		
	APROPRIADO	POUCO APROPRIADO	NÃO APROPRIADO
NOVAS APRENDIZAGENS DE:			
TÉCNICAS	()	()	()
PROCESSOS	()	()	()
PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS	()	()	()
NORMAS DE SEGURANÇA	()	()	()
ENTREVISTA	()	()	()
RELATÓRIO APRESENTADO	()	()	()
APRENDIZAGEM SOCIAL	()	()	()

DECLARO que o(a) estudante foi: APROVADO(A) () REPROVADO(A) ()

Campos dos Goytacazes/ RJ/...../.....

.....
Professor(a) Orientador(a)