

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

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO(A) ESTAGIÁRIO(A) PELA
CONCEDENTE**

Nome do(a) estagiário(a): _____
Curso: _____ Sem./Ano de conclusão: _____
Celular: _____ E-mail: _____
Início do Estágio: ____/____/____ Fim: ____/____/____.

Nome da Empresa: _____
Área de Atividade: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ E-mail: _____

APURAÇÃO DA FREQUÊNCIA:

MESES	Nº PRESENÇA	Nº HORAS
TOTAL:		

APROVEITAMENTO DO(A) ESTAGIÁRIO(A):

Codificação aplicável: **A=Adequado PA=Pouco Adequado NA=Não Adequado**

FATORES	AVALIAÇÃO		
ASSIDUIDADE	(A)	(PA)	(NA)
ATENÇÃO	(A)	(PA)	(NA)
COMUNICAÇÃO	(A)	(PA)	(NA)
CONHECIMENTO	(A)	(PA)	(NA)
DESEMBARAÇO	(A)	(PA)	(NA)
DISCIPLINA	(A)	(PA)	(NA)
INICIATIVA	(A)	(PA)	(NA)
PONTUALIDADE	(A)	(PA)	(NA)
RELACIONAMENTO	(A)	(PA)	(NA)
ZELO	(A)	(PA)	(NA)

Assinatura e carimbo

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

_____, chefe imediato(a) de
(nome do chefe imediato(a) do estagiário(a))

_____, na Empresa
(nome do estagiário(a))

_____,DECLARA
(nome da Concedente)

que o aluno(a) acima cumpriu.....horas de Estágio Supervisionado, no período de/...../..... a/...../....., no(s) Setor(es) (Departamento)_____

desempenhando as seguintes atividades:

Nas Áreas de:

- () Planejamento e Projetos;
- () Supervisão e Fiscalização;
- () Execução de Serviços Técnicos e de Manutenção;
- () Treinamento;
- () Estudos e Pesquisas;
- () Assistência Técnica;
- () Outras. Quais: _____

SUGESTÕES QUE A EMPRESA FARIA AO IFF campus Campos-Centro:

Cargo/função do(a) Avaliador(a): _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo