

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 do avaliador 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 do avaliador e carimbo