



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA
CAMPUS NOVO PARAÍSO
COORDENAÇÃO DE EXTENSÃO

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE ESTÁGIO

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:

Empresa/Instituição: _____	CNPJ/CPF _____
Telefone: () _____	Celular: () _____
Endereço: _____	Nº: _____ Bairro: _____
Município: _____	Estado: _____ CEP _____ - _____
Representada por: _____	Cargo: _____
Supervisor do estágio: _____	
Formação/Cargo/Função do Supervisor: _____	

ESTAGIÁRIO:

Nome: _____	Matrícula: _____
Curso: _____	Módulo/Série: _____ Turma: _____
RG: _____	Órgão Expedidor: _____ UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____
CPF: _____ - _____	Celular: (95) _____ Telefone: (95) _____
Período do estágio: ____/____/____ a ____/____/____	Horário de estágio: ____:____ às ____:____
Orientador: _____	

Atividades a serem desenvolvidas:

Eu, professor (a) _____ comprometo-me a orientar o Estágio Curricular Supervisionado do aluno requerente.

_____ Data: ____/____/____
Professor Orientador
Assinatura

Declaro que o(a) aluno(a) encontra-se em período de estágio e, portanto, está apto(a) a realizá-lo.

_____ Data: ____/____/____
Coordenador do Curso
Assinatura e carimbo