

PLANO DE ATIVIDADES

Data de Início: ____/____/____

Data de Término: ____/____/____

1. Identificação do Estagiário / Instituição (*PREENCHER COM LETRA DE FORMA*)

Nome do Estagiário(a):

Curso:

Carga Horária:

Professor(a) Orientador(a):

2- Identificação da Empresa (*PREENCHER COM LETRA DE FORMA*)

Instituição/Empresa:

Fone: ()

E-mail:

Nome do(a) Supervisor(a):

Formação Profissional/Setor:

3- Identificação das Atividades do Estágio

3.1 Objetivo(s) a ser(em) alcançado(s):

3.2 Área(s) de conhecimento envolvida(s) no estágio:

3.3 Descrição das atividade(s) a ser(em) desenvolvida(s) no estágio:

O presente Plano de Atividades será incorporado ao Termo de Compromisso de Estágio, na forma da Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, sendo assinado pelas pessoas a seguir indicadas.

Supervisor(a) da Empresa/Instituição

Discente/Estagiário(a)

Professor(a) Orientador(a) do IFBAIANO