

PLANO DE ATIVIDADES

Data de Início: ____/____/____ Data de Término: ____/____/____

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

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Nome do Estagiário(a): | |
| Curso: Técnico em Alimentos | Carga Horária: 240 horas |
| 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