

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(a) 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.

Professor(a) Orientador(a) do IFBAIANO

Discente/Estagiário(a)

Governador Mangabeira ____/____/____