



TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO – ANEXO XIV

| ALUNO (A) ESTAGIÁRIO (A) | | | |
|--------------------------|------|---------|------------|
| Nome: | | Curso: | Matrícula: |
| Data Nascimento: | CPF: | E-mail: | Telefone: |

Declaro que o Discente Estagiário acima nomeado realizou Estágio Curricular Obrigatório sob minha responsabilidade e de acordo com o Plano de Atividades pré-definido, sendo certo que o seu desempenho se deu de acordo com a seguinte **Avaliação de Desempenho:**

| ITENS PARA AVALIAÇÃO | | Nota (0 – 10) |
|-------------------------|--|---------------|
| Conhecimento | Dominou, com regularidade, os conhecimentos teóricos e teve capacidade para rever conceitos e condutas diante das intervenções do supervisor. | |
| Produtividade | Desempenhou as atividades que lhe foram confiadas com persistência, sem interrupções desnecessárias. | |
| Iniciativa | Demonstrou iniciativa para resolver problemas e encontrar soluções, mesmo sem prévia solicitação. | |
| Dedicação | Empenhou-se para a execução das atividades que lhe foram determinadas, atendendo os prazos para a entrega dos resultados que lhe foram solicitados. | |
| Organização | Apresentou capacidade de organização de seu local de trabalho e de discernimento quanto à definição de prioridades na execução de suas atividades diárias. | |
| Responsabilidade | Demonstrou preocupação com os relacionamentos internos próprios da estrutura organizacional e as normas de funcionamento da Empresa. | |
| Assiduidade | Comprometeu-se em atender datas e horários que lhe foram exigidos, além de garantir sua presença no local do estágio. | |
| Liderança | Capacidade de influenciar no relacionamento do grupo quanto ao desempenho, sistematização e cumprimento dos objetivos da Empresa | |
| Total: | | |

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| PARA USO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO | TOTAL FINAL = Total ÷ 8 = | |
| 1 - De 0,0 a 2,9 = Sem Rendimento | | |
| 2 - De 3,0 a 5,9 = Regular | | |
| 3 - De 6,0 a 8,9 = Bom | | |
| 4 – De 9,0 a 10,0 = Excelente | | |
| Conceito Final Obtido Pelo Estagiário: _____ | | |

PARA USO DA EMPRESA

O(A) ESTAGIÁRIO(A) CONTRIBUIU SATISFACTORIAMENTE COM A EMPRESA? () SIM () NÃO

NÃO JUSTIFIQUE:

A EMPRESA RECEBERIA O(A) ESTAGIÁRIO(A) PARA UM NOVO PERÍODO DE ESTÁGIO? () SIM () NÃO
SE NÃO JUSTIFIQUE: _____

QUAIS SUGESTÕES TERIAM PARA MELHORAR A QUALIDADE DE NOSSOS ESTÁGIOS?

Guanambi-BA, ____ / ____ / 202 ____.

SUPERVISOR(A) TÉCNICO(A)
(assinatura)

OBS: A empresa preencherá e devolverá este formulário ao IF Baiano Campus Guanambi, em envelope lacrado pelo correio ou através do próprio estagiário.

Campus Guanambi – Distrito de Ceraíma, s/n, Zona Rural – Guanambi/BA – CEP. 46.430-000
Tel. (77) 3493-2100 – Ramal 248