



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO
CAMPUS XIQUE-XIQUE

Rodovia BA-052, km 468, s/n, Xique-Xique, Bahia, CEP 47400-000
Tel.(74) 98106-7509 – E-mail: estagio@xique-xique.ifbaiano.edu.br

TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

CONCEDENTE: _____	
ESTAGIÁRIO(A): _____	
CURSO: _____	ANO/PERÍODO _____
SUPERVISOR _____	
REPRESENTANTE: _____	
PERÍODO DO ESTÁGIO	
DATA DO INÍCIO: ____ / ____ / ____ DATA DO DESLIGAMENTO ____ / ____ / ____	
TOTAL DE HORAS CUMPRIDAS: _____	
MOTIVO: () RESCISÃO () CONCLUSÃO DO ESTÁGIO () OUTROS	
ESPECIFIQUE: _____	
RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	

Xique-Xique, ____ de ____ de ____.

Estagiário(a)

Supervisor do Estagiário(a)
(assinatura e carimbo)

Professor Orientador

Representante da Empresa
(assinatura e carimbo)