



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE RORAIMA
CAMPUS BOA VISTA
DIRETORIA DE EXTENSÃO

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE ESTÁGIO

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:

Razão Social:		Fone:	
CNPJ/CPF:	Cidade:		UF:
Endereço:	Nº:	Bairro:	
Representada por:		Cargo:	
Supervisor:			
Formação Escolar do Supervisor			

ESTAGIÁRIO:

Nome:		Data de Nascimento:	
Nível:	Curso:		Matrícula:
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	CPF:
Endereço:	Nº:	Bairro:	
Telefone:	CEP:	Cidade:	UF:
Período do estágio: ____/____/____ a ____/____/____		Horário de estágio: ____:____ às ____:____	

Estágio Obrigatório: () único () 1º () 2º () 3º () 4º () 5º

Atividades a serem desenvolvidas:

Professor Orientador: _____

Declaro que o(a) aluno(a) encontra-se em período de estágio e, portanto, está apto(a) a realizá-lo.

Coordenador do Curso
Assinatura e carimbo

Data de recebimento na CEAEG: ____/____/____

Ass. Servidor CEAEG: _____