



TERMO DE COMPROMISSO INTERNO DE ESTÁGIO

PREENCHIMENTO SOB A RESPONSABILIDADE DO ALUNO

Nome: _____ Prontuário nº _____
Curso: _____
Telefone: _____
E-mail: _____
Seguradora do IFSP: _____ Nº de Apólice: _____
Título do Projeto: _____
Área de Abrangência do Projeto: _____
Horário das aulas: _____ Horário do Projeto: _____
Número de horas semanais: _____ Total de horas de Projeto: _____
Início do Estágio: _____ Término do Estágio: _____

PREENCHIMENTO SOB A RESPONSABILIDADE DO ORIENTADOR DE PROJETO

Nome: _____ Prontuário: _____
Coordenadoria de Vinculação: _____
Área de Formação Acadêmica: _____
Telefone: _____
E-mail: _____

DESCRIÇÃO SIMPLIFICADA DO PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA / EXTENSÃO / MONITORIAS

Descrever as atividades a serem realizadas pelo educando, como horas de estágio, justificando a sua aceitação.

EM DESERVAÇÃO

DATA/ASSINATURA E CARIMBO

PREENCHIMENTO SOB A RESPONSABILIDADE PROF. ORIENTADOR ESTÁGIO

PARECER :

Horas de Estágio: _____

- Aprovado.
 Reprovado.

DATA/ASSINATURA E CARIMBO