



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO E RELAÇÕES INSTITUCIONAIS
COORDENADORIA DE ESTÁGIO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

PLANO DE ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Nome do Estudante

Curso

Nome do Supervisor

Lotação

Período previsto para o estágio (máximo 6 meses renováveis por igual período, até 4 semestres)
(indicado no Termo de Compromisso de Estágio ou no Termo Aditivo)

Horário

das h às h

das h às h

/ / a / /

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

(deve ser preenchida pelo supervisor do estagiário da UFCA)

Assinatura, carimbo ou matrícula SIAPE do Supervisor:

PARECER DO COORDENADOR DO CURSO/PROFESSOR ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SOBRE O PLANO DE ATIVIDADES DESCRITO ACIMA

Nome do Coordenador do Curso /Professor Orientador da Instituição de Ensino:

Parecer:

Assinatura e carimbo do Coordenador do Curso/Professor Orientador:

Juazeiro do Norte-CE, __ de _____ de 20__.

Estudante (assinatura)

Instituição de ensino (assinatura e carimbo)

