



TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

Cursos da Educação Profissional Técnica de Nível Médio (EPTNM)

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	Conceito Final Obtido Pelo Estagiário:	
2 - De 3,0 a 5,9 = Regular		
3 - De 6,0 a 8,9 = Bom		
4 - De 9,0 a 10,0 = Excelente		
PARA USO DA EMPRESA		
O ESTAGIÁRIO CONTRIBUIU SATISFATORIAMENTE COM A EMPRESA? () SIM () NÃO		
JUSTIFIQUE:		
A EMPRESA RECEBERIA O ESTAGIÁRIO PARA UM NOVO PERÍODO DE ESTÁGIO? () SIM () NÃO		
SE NÃO JUSTIFIQUE:		
QUAIS SUGESTÕES TERIAM PARA MELHORAR A QUALIDADE DE NOSSOS ESTÁGIOS?		

Local: _____ - BA, // 2020.

SUPERVISOR TÉCNICO
(assinatura)

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