



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

Av. Glaycon de Paiva, nº 2496 – Pricumã - Boa Vista/RR - CEP: 69.303-340
Fone: (095) 3621-8040/8041 - E-mail: ceaeg.cbv@ifrr.edu.br

AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE ESTÁGIO

LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO:

Razão Social/Setor:		CNPJ/CPF:	
Fone/Ramal:	CEP:	Cidade:	UF: RR
Endereço:		Nº:	Bairro:
Representada por:		Cargo:	
Supervisor do estágio:			
Formação/Cargo/Função do Supervisor:			

ESTAGIÁRIO:

Nome:		Data de Nascimento: ____/____/____	
Endereço:	Nº:	Bairro:	
CEP:		Cidade:	UF:
Curso:		Nível: () Superior () Técnico	
Matricula:	Módulo/Série:	Turma:	
RG:	Órgão Expedidor:	UF:	Fone:
Data de Expedição: ____/____/____			CPF:
Período do estágio: ____/____/____ a ____/____/____		Horário de estágio: ____:____ às ____:____	

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

Atividades a serem desenvolvidas:

Eu, professor (a) _____ comprometo-me a orientar o Estágio Curricular Supervisionado do aluno requerente.

Professor Orientador
Assinatura

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: _____