



INSTITUTO FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

DEPARTAMENTO DE ESTÁGIO E EGRESSOS

Campus _____

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DO ESTÁGIO

NOME DO ESTUDANTE		MATRICULA Nº	
CURSO			
ENDEREÇO		Nº	
BAIRRO		CIDADE	
CEP	TELEFONE 1	TELEFONE 2	
E-MAIL INSTITUCIONAL	E-MAIL PESSOAL		
COR/RAÇA () Branco(a) () Preto(a) () Pardo(a) () Amarelo(a) () Indígena () Não declarar.	ETNIA () Indígena () Quilombola () Outra _____ () Não declarar Em caso de informar alguma etnia descreva a comunidade a qual pertence: _____	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA () Alta habilidade/superdotação () Deficiência visual/baixa visão () Deficiência visual () Deficiência auditiva () Deficiência motora () Deficiência intelectual () Surdocegueira () Nenhuma	

NOME DA CONCEDENTE DO ESTÁGIO			
CNPJ	ENDEREÇO		Nº
BAIRRO		CIDADE	
CEP	ESTADO	TELEFONE	E-MAIL
RESPONSÁVEL PELA EMPRESA			
CARGO/QUALIFICAÇÃO		TELEFONE RESPONSÁVEL	
SUPERVISOR DO ESTÁGIO NA EMPRESA			
CARGO/QUALIFICAÇÃO		TELEFONE RESPONSÁVEL	
SETOR DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO			

TIPO DE ESTÁGIO	
<input type="checkbox"/> OBRIGATÓRIO	<input type="checkbox"/> NÃO-OBRIGATÓRIO

HORARIO														
(Não ultrapassar 6h diária)														
	SEG		TER		QUA		QUI		SEX		SAB		DOM	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
1º Turno														
2º Turno														
3º Turno														

DATA INICIAL PREVISTA ____/____/____	CH SEMANAL _____ • Não ultrapassar 30h;	CH TOTAL _____ • Não ultrapassar a CH exigida no PPC do curso quando se tratar de estágio obrigatório;	DATA FINAL PREVISTA ____/____/____ • A ser definida pelo setor de estágio quando se tratar estágio obrigatório;
---	---	--	---

_____ ESTUDANTE

_____/_____/_____
DATA

Observação: As atividades de estágio supervisionado só podem ser iniciadas após o cadastro do Termo de Compromisso de Estágio no sistema competente.