

CENTRO UNIVERSITÁRIO ADVENTISTA DE SÃO PAULO – Campus São Paulo**Central de Estágios****INFORMAÇÕES BÁSICAS - SOLICITAÇÃO DO TERMO DE COMPROMISSO
PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO****Com base na Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008****Estágio Curricular Supervisionado Não Remunerado****Atualizada em janeiro de 2011****DADOS DA CONCEDENTE (Onde será realizado o Estágio)**

Empresa/Instituição: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____

CNPJ: _____ CEP: _____

Representada por: _____

RG nº: _____ Estado (RG): _____

Cargo/ Função: _____

DADOS DO (A) SUPERVISOR (A) DA CONCEDENTE (Profissional que vai acompanhar o Estágio)

Nome: _____

RG nº: _____ Estado (RG): _____ Cargo/função: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Profissão: _____

DADOS DO (A) SUPERVISOR (A) DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO (UNASP)

Curso : _____

Prof.(a): _____

RG nº: _____ Estado (RG): _____ Telefone: _____

E-mail: _____

DADOS DO (A) ALUNO (A) ESTAGIÁRIO (A)

Nome: _____ Estado civil: _____

Nome do pai ou da mãe: _____

Curso: _____ Número de Matrícula: _____

RG nº: _____ Estado (RG): _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

DADOS DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO**1. Área:** _____**2. Jornada semanal de trabalho:** _____ horas (não superior a 6 horas diárias e nem a 30 horas semanais).**3. Período de realização do Estágio Curricular Supervisionado:**

de ____/____/____ a ____/____/____.

4. Observações:**a. Preencher com letra de forma ou letra legível para evitar interpretação errada.****b.** _____**Importante: O Plano de Atividades do Estágio (PAE) que se segue é parte integrante do
Termo de Compromisso.**

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome do (a) Aluno (a): _____

Matrícula nº: _____ Fone: _____ E-mail: _____

2. CARACTERÍSTICAS DO ESTÁGIO: () OBRIGATÓRIO () NÃO OBRIGATÓRIO

Curso: _____ Semestre: _____

Disciplina: _____

Prof.(a) da Disciplina: _____

3. Nome da INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Centro Universitário Adventista de São Paulo – Campus São PauloEndereço da Instituição de Ensino: Estrada de Itapeperica, 5859 – São Paulo – SP – www.unasp.edu.brTelefone da Central de Estágio: 2128-6375 (Profa. Therezinha) E-mail: therezinha.zorzim@unasp.edu.br**Nome do (a) Supervisor (a) de Estágio Curricular Supervisionado do Curso:**

Prof.(a): _____

Telefone: _____ E-mail: _____

4. CONCEDENTE onde será desenvolvido o Estágio:

Nome: _____

Endereço: _____

Setor/Área/Departamento: _____

Nome do (a) Supervisor (a) do Estágio: _____

Função: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Curso e nome da Instituição em que concluiu o Ensino Superior:

_____ Tempo de Experiência: _____

Número de horas e período:

a) Diárias: _____ horas; Semanais: _____ horas.

b) Período: _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____.

5. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS: (Completar no verso se precisar)

6. Nome do (a) Supervisor (a) de Estágio Curricular Supervisionado da Disciplina:

Prof.(a): _____ Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de 2011. _____