**Termo de realização de estágio**

**ESTAGIÁRIO**

Nome:..........................................................................................E\_mail: .......................................................

Endereço:..............................................................................Bairro:.............................CEP: ..........................

Cidade:..................................... UF:..............CI nº :.......................................CPF:.........................................

Telefone: ............................................................

Estágio curricular: Obrigatório ( ) Não obrigatório ( )

Período de realização do estágio: de ...........................até..........................

Atividades desenvolvidas pelo estagiário:

Avaliação de desempenho do estagiário:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avaliação** | ☺ | 😐 | ☹ |
| Conhecimento teórico |  |  |  |
| Capacidade de aplicar conhecimentos |  |  |  |
| Interesse e atenção |  |  |  |
| Capacidade de planejamento |  |  |  |
| Iniciativa |  |  |  |
| Criatividade |  |  |  |
| Dedicação |  |  |  |
| Pontualidade |  |  |  |
| Assiduidade |  |  |  |
| Apresentação pessoal |  |  |  |
| Participação cooperativa |  |  |  |
| Relacionamento com a equipe de trabalho |  |  |  |
| Relacionamento com os clientes |  |  |  |

Observações:

..................., .......... de ............................... de 20….

Parte Concedente

Assinatura e carimbo