



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAPÁ

**ANEXO II**

**DADOS PARA O TERMO DE COMPROMISSO**

**DADOS DA CONCEDENTE (EMPRESA)**

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Supervisor do Estágio: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DO ESTAGIÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Professor(a) orientador(a): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

Período do Estágio: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Horário de Estágio: \_\_: \_\_ às \_\_: \_\_ totalizando \_\_\_ horas semanais e \_\_\_\_\_ horas totais.

PLANO DE TRABALHO

ATIVIDADES:

---

---

---

---

---