 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

**PLANO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

**CIÊNCIAS BIOLÓGICAS - LICENCIATURA**

**DADOS DA INSTITUIÇÃO**

Nome da Instituição: .......................................................................................................

Instituição Privada: ( )

Instituição Pública: ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

CPF/CNPJ: ..................................................

Endereço: .......................................................................................................................

Número: ............. Complemento: .................... Bairro: .................................................

Cidade: .............................. CEP.: .................-......... Telefone ( ) ............ - .............

**DADOS DO SUPERVISOR NO CAMPO DE ESTÁGIO**

Nome: .................­..........................................................................................................

Formação Profissional: .............................................................................

Nº do Registro Profissional: ......................................................................

e-mail: .................................................... Telefone: ( ) ................ - ......................

**DADOS DO ALUNO ESTAGIÁRIO**

Nome: ........................................................................................................................

Endereço:...................................................................................................................

e-mail: .......................................................................................................................

Telefone(s) para contato: .............................................................

Data de nascimento: ......./......./.......RG: ..................... CPF: ......................................

Curso de Graduação: Ciências Biológicas - Licenciatura Período em curso:..............

**INFORMAÇÕES REFERENTES ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Disciplina de Estágio na Unifal:...................................................................................

Professor da Disciplina: ...............................................................................................

Carga Horária total de estágio: .................. Carga horária Semanal: ................

Turno e horário de estágio: ...................................................

Período de estágio: Início: ....... / ....... / ........... Fim: ........ / ....... / ..............

Plano de Atividades a serem desenvolvidas: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................... ..........................................................

Assinatura do Professor Supervisor de Estágio Assinatura do Aluno Estagiário

..................................................................

Assinatura do(a) Diretor(a) da Escola Carimbo da Escola ou do Diretor

 

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas . UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000

Fone: (35) 3299-1000 . Fax: (35) 3299-1063

**FICHA DE INSCRIÇÃO EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

**CIÊNCIAS BIOLÓGICAS - LICENCIATURA**

Nome do estagiário: ........................................................................................................

Matrícula: .................................................... Período: ....................

Endereço: ........................................................................................................................

e-mail: .................................................................. Telefone: ........-...................................

CPF: .............................................. RG: ......................................

Nome da Instituição: ........................................................................................................

Instituição Privada: ( )

Instituição Pública: ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal

CPF/CNPJ: ....................................................

Endereço: .........................................................................................................................

Número: ............. Complemento: ............................ Bairro: ...........................................

Cidade: ....................................... CEP.: .................-......... Telefone ( ) ........... - ..........

Estágio Curricular Obrigatório em ( ) Ciências ( ) Biologia

......................................, ........... de ............................................ de ..................

.....................................................................

Assinatura do professor responsável

.....................................................................

Assinatura do aluno