|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  **Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG**  Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-001  Fone: (35) 3701-9000. Fax: (35) 3701-9006 |  |

ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO DO CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

* 1. APÊNDICE A – FICHA DE INSCRIÇÃO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da Empresa (preenchimento obrigatório): | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Supervisor do Estágio:  (Nome completo do Supervisor na Empresa) | | | | | Formação / Área de atuação do Supervisor: | | | | | | |
| E-mail: | | | | | Fone: ( ) | | | | | | |
| Local do Estágio | | | | | | | | | | | |
| □ Mesmo endereço constante no Termo de Compromisso / Aditivo anterior de Estágio | | | | | | | | | | | |
| □ Outro local | Endereço: | | | | | | No: | | Complemento: | | |
| CEP: | | Bairro: | | | | | | | | | |
| Cidade: | | | | | | | | | | Estado: | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Estagiário: | | | | | | | | | | | |
| Curso: | | | | | | | | Matrícula: | | | |
| Etapa do curso: o Sem. Turma: | | | | | | | | | | | |
| Email: | | | Fone: ( ) | | | Cel.: ( ) | | | | | Com.: ( ) |
| Data do início do estágio: | | | | Data do término do estágio: | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Horário do estágio | ( ) FIXO das \_\_\_\_: \_\_\_\_às \_\_\_\_: \_\_\_\_horas, cumprindo um total somado de \_\_\_\_:\_\_\_\_horas semanais, ou  ( ) OUTROS, cumprindo um total somado de \_\_\_\_: \_\_\_\_horas semanais, descrever a seguir todos os dias e os horários da semana. |

Fornece algum tipo de auxílio?

( ) Não

( ) Sim, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Setores em que atua:

Possui convênios? ( ) Não ( ) Sim, especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terceiriza serviços? ( ) Não ( ) Sim, especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atua como apoio para outras empresas? ( ) Não ( ) Sim

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável**