**Plano de Atividades de Estágio**

Nome do Aluno: nome completo**.** Matrícula:número. Modalidade de Estágio: Obrigatório ou Não Obrigatório

Curso do Aluno:nome do curso Período: número CPF:número

E-mail: e-mail

Nome da Concedente do Estágio: **FUNDAÇÃO DE APOIO À PESQUISA CIENTÍFICA E**

**TECNOLÓGICA DA UFRRJ**

Nome do responsável pela assinatura do TCE da concedente: **Armando Sales**

Endereço da unidade de realização do estágio/telefone/e-mail: **BR 465 KM 7 Campus da UFRRJ-IT**

**Rua UO, S/N - CEP 23.890-000 Seropédica - RJ - (21) 2682-1337 - fapur@fapur.org.br**.

Nome do Supervisor do Estágio:nome completo do supervisor do estágio

Formação Profissional do Supervisor:formação profissional

Nome do Professor Orientador do Estágionome completo do Orientador do Estágio

M. SIAPE:matrícula SIAPE

E-mail: e-mail

Síntese das Atividades Previstas a serem desenvolvidas no Estágio:

Local , dia de mês de ano.

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

Coordenador de Curso e/ou Prof. Orientador do Estágio

Assinatura e carimbo:

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

Ciente e de acordo: Estagiário