



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS –

CAMPUS PASSOS

**DADOS PARA O TERMO DE COMPROMISSO**

**CONCEDENTE**

Nome da Empresa:		
CNPJ/CPF:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Cidade:	UF:
Fone: ( )		e-mail:
Representada por:	Cargo:	CPF:
Responsável pela assinatura TCE:	Cargo:	CPF:
Supervisor:	Área de atuação na Empresa:	
Professor Orientador	Carimbo:	

**DADOS DO ESTAGIÁRIO (A)**

Nome:		
Nome do Curso:	Turma:	
Período/Série	Matrícula:	
Endereço:	Nº	Bairro:
CEP:	Cidade:	
Telefone:	Email:	
Data de Nascimento:		
CPF:	RG:	
Alunos menores de 18 anos preencher o nome completo dos responsáveis: Pai: Mãe:		
Período do estágio: ___/___/___ a ___/___/___ Carga horária semanal de estágio a serem cumpridas pelo estagiário (a) _____ horas diárias e _____ horas semanais. (máximo de 6 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais ou 8 (oito) horas diárias e 40 (quarenta) horas semanais em período de recesso escolar, de acordo com o calendário acadêmico)		