



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

Rua Mário Ribola, 409, Penha II, CEP 37.903-358, Passos-MG
(35) 3526-4856 - www.ifsuldeminas.edu.br/passos

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTAGIÁRIO (A)

Aluno (a): _____ Matrícula: _____

Curso: _____ Período do Curso: _____

Professor (a) Orientador(a): _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Instituição: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Fone (____) _____ e-mail _____ CNPJ: _____

Nome do Professor Supervisor(a): _____ CPF/MASP: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

3.1 Objetivos a serem alcançados:

3.2 Áreas(s) de conhecimento envolvidas no estágio:

3.3 Cronograma das atividades:

DATAS PREVISTAS: Início do estágio de ____ / ____ / ____ Conclusão do estágio ____ / ____ / ____

Professor(a) Orientador(a)