



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense Campus Concórdia
Coordenação Geral de Extensão – CGEX

SOLICITAÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO

O aluno sendo aceito por esta empresa como estagiário, para que se processe a documentação legal, conforme, legislação em vigor, forneceremos abaixo os dados necessários para a elaboração do Termo de Compromisso por esta Instituição de Ensino.

ATENÇÃO: É responsabilidade **DA EMPRESA** providenciar que o aluno **NÃO INICIE** suas atividades sem entrar com a documentação legal (Termo de Compromisso) regularizada (todas as assinaturas em todas as vias).

* Esta ficha de solicitação de Termo de Compromisso deverá dar entrada na Coordenação Geral de Extensão (CGEX) do Instituto Federal Catarinense - Campus Concórdia no mínimo 48 (quarenta e oito) horas antes do início do estágio. **O INSTITUTO NÃO EMITIRÁ Termo de Compromisso com data retroativa.**

* Havendo interesse na renovação do Contrato de Estágio, a empresa solicitará o Termo Aditivo no mínimo 5 (cinco) dias antes do Término do Contrato.

DADOS DA PESSOA JURÍDICA

Nome da Empresa:
Nome Fantasiada Empresa:
Responsável pela empresa:
CPF nº: RG: Órgão Expedidor: UF:
Sede da empresa: Endereço:
Bairro: Cidade: UF: CEP:
CNPJ: Telefone:
Possui CONVÊNIO com o IFC – Campus Concórdia () Sim () Não E-mail:

DADOS DA PESSOA FÍSICA (de nível superior com registro em órgão credenciador)

Nome:
CPF nº: Matrícula no órgão credenciador:
RG: Órgão Expedidor: UF: Fone:
Endereço: Bairro:
Cidade: UF: CEP: e-mail:

DADOS DO SUPERVISOR

Supervisor do Estágio: Cargo:
CPF: RG: Órgão Expedidor: UF:
E-mail:

DADOS DO ALUNO/ESTÁGIO

Aluno:
RG: Órgão Expedidor: Data de Expedição:/...../.....
CPF: Data de Nascimento:/...../.....
Endereço completo:
Município: UF: CEP:
Telefone: E-mail:
Curso: Turma:
Modalidade de estágio: () Obrigatório () Não-Obrigatório Seguro de Vida () Sim () Não
Seguradora: Apólice nº Data:/...../.....
CNPJ da Empresa Seguradora:
Vigência do Estágio de:/...../..... a/...../.....
Jornada de Trabalho das às e das às Carga horária semanal horas
Valor da Bolsa Auxílio: R\$

Concórdia-SC, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Representante do Concedente