**SOLICITAÇÃO DE TERMO DE COMPROMISSO - PESSOA FÍSICA**

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 **DO CONCEDENTE** 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 de Extensão Estágios e Egressos do Instituto Federal Catarinense - Campus Concórdia no mínimo 48 (quarenta e oito) horas antes do inicio 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.

**Possui CONVÊNIO** com o IFC – Campus Concórdia **( ) Sim ( ) Não**

**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.................-........….. Telefone:......................................

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: ( ) Técnico em Agropecuária ( ) Técnico em Alimentos ( ) [Técnico em Informática para Internet](http://tecnico-informatica.concordia.ifc.edu.br/)

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