**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 SER ENTREGUE 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 EMITIRA 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 Instituição/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 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: ( ) Medicina Veterinária ( ) Agronomia ( ) Engenharia de Alimentos

**Modalidade de estágio: ( ) Obrigatório ( ) Não-Obrigatório**

Vigência do Estágio de: .............../.............../............... a .........../.............../.......................

Jornada de Trabalho das ............ às ........... e das ............. às.............. Carga horária semanal............. horas

Valor da Bolsa Auxílio: R$ ………………................................................................................................................

**Seguro de Vida** (X) Sim ( ) Não

**Seguradora:** SEGURADORA GENTE S.A. **Apólice nº**. 001402 **CNPJ da Empresa Seguradora** CNPJ 90180605000102

 Concórdia - SC,\_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

Assinatura e Carimbo do Representante da Concedente