



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

Rua da Penha, 290 – Penha II, Passos/MG – 37.903-070
(35) 3526-4856 - www.ifsuldeminas.edu.br/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).		
() Confirmando que realizei a vacinação para o COVID-19 e apresentei a carteira de vacinação ao Coordenador de Curso.		