**Termo de Realização do Aproveitamento Profissional para fins de Estágio**

**\* O preenchimento deste documento é obrigatoriamente digitado**

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Prontuário: |
| Curso: |
| Instituição onde realiza a atividade profissional:  |
| Professor orientador: |
| Período do aproveitamento: (data de início e fim) |
| Carga horária semanal do aproveitamento: |
| Carga horária total do aproveitamento: |

|  |
| --- |
| **Parecer do professor orientador** |
| (utilizar quantas linhas forem necessárias) |
|  |
|  |
| **Data:**  |
| **Assinatura:** |

|  |
| --- |
| **Parecer do Coordenador do curso** |
| A atividade profissional pode ser aproveitada para fins de conclusão de curso? ( )SIM ( )NÃO |
| **Data:**  |
| **Assinatura:** |

|  |
| --- |
| **Comprovante de entrega na CEX** |
| Data:  |
| Assinatura e carimbo do servidor responsável: |

Araraquara, **DATA**.

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

**Estagiário**

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

**Coordenador do Curso**