O presente relatório, entregue a cada 6 (seis) meses, tem por objetivo avaliar o desenvolvimento do **Plano de Atividades** que integra o Termo de Compromisso de Estágio. O relatório devidamente preenchido e assinado pelo **Estagiário,** pelo(a) **Supervisor(a) do Estágio**, cumpre as exigências do inciso VII do art. 9º da lei nº 11.788/2008.

|  |
| --- |
| **Período de referência deste relatório: De XX/XX/XXXX a XX/XX/XXXX** |
| **INFORMAÇÕES DO(A) ESTAGIÁRIO(A)** |
| Nome completo: |
| Telefone/Celular:       | E-mail: |
| Curso: | Instituição de ensino: |
| Coordenador(a): | E-mail da coordenação: |
| **INFORMAÇÕES DO(A) SUPERVISOR(A) DE ESTÁGIO** |
| Nome completo:      |
| Cargo: |
| Telefone/Celular:    | E-mail: |
| **INFORMAÇÕES SOBRE O VÍNCULO DE ESTÁGIO** |
| Lotação (Unidade/Departamento):       |
| Nível: Superior |
| Carga horária do estágio: 20 horas semanais |
| **Data de início do estágio:**       | Data de término do estágio (se aplicável):       |

1. **Avaliação do(a) Supervisor(a) de Estágio**
	1. Como você avalia a atuação do aluno no estágio?

( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

* 1. O(a) estagiário(a) desenvolveu/participou de todas as atividades previstas no Plano de Atividades? Se não, justifique:

|  |
| --- |
|       |

* 1. Realizou atividades **não** previstas no Plano de Atividades? ( ) Sim ( )Não
		1. Se sim, quais atividades?

|  |
| --- |
|  |

* + 1. Em caso afirmativo, justifique

|  |
| --- |
|       |

* 1. Descreva sua opinião sobre as atividades realizadas pelo aluno em relação ao aprendizado e capacidade para executar as atividades previstas no plano de atividades:

|  |
| --- |
|       |

1. **Avaliação do Estagiário**
	1. Relação teoria/prática:

|  |  |
| --- | --- |
| O estágio foi/está sendo desenvolvido em sua área de formação? | ( ) Sim ( )Não |
| As atividades desenvolvidas contribuíram para a sua formação profissional? | ( ) Sim ( )Não |
| Você teve oportunidade de aplicar conhecimentos adquiridos no seu Curso? | ( ) Sim ( )Não |
| Comente: |

* 1. Você cumpriu as atividades previstas em seu Plano de Atividades? ( ) Sim ( )Não
		1. Em caso negativo, informe quais atividades foram desenvolvidas além do previsto no Plano.

|  |
| --- |
|       |

* 1. Qual conceito você atribui ao seu estágio no período?

( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

* 1. Como você avalia a supervisão recebida durante o estágio?

( ) Excelente ( ) Muito Bom ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

**Comentários e Sugestões:**

|  |
| --- |
|      |

São Carlos,\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Supervisor(a) do Estágio Estagiário(a) |