



REQUERIMENTO PARA CONVALIDAÇÃO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

DADOS DO ESTUDANTE			
Nome do estudante:			
Curso:		Período:	
Matrícula:		Data do preenchimento:	
CPF:		RG:	Órgão Expedidor:
Endereço:			
Bairro:		Cidade:	UF:
Telefone:		E-mail:	
DADOS DA EMPRESA			
Razão Social:			
CNPJ:			
Inscrição Estadual:			
Tipo:	<input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> pública		
Porte:	<input type="radio"/> Micro <input type="radio"/> Pequeno <input type="radio"/> Média <input type="radio"/> Grande		
Ramo de Atividade:			
Principais Serviços ou Produtos:			
Nome do Representante Legal:			
RG do Representante Legal:			
CPF do Representante Legal:			
Nome do Representante do RH:			
Telefone de contato:			
E-mail de contato:			
Endereço:			
Bairro:			
Cidade/UF:			
DADOS DO VÍNCULO DE TRABALHO			
Condição	<input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Empresário <input type="radio"/> Autônomo		
Função:			
Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____		

Senhor(a) coordenador(a) responsável pela atividade de estágio do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Estado do Tocantins – IFTO, *campus* Porto Nacional, venho requerer a vossa senhoria a convalidação do meu estágio obrigatório, conforme os dados do meu vínculo de trabalho e documentação anexa

Porto Nacional, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Aluno(a)

ANEXOS:

Apresentar a documentação:

- I. na condição de empregado, declaração da organização onde atua ou atuou, em papel timbrado e dirigida ao IFTO, devidamente assinada e carimbada pelo representante legal da organização, indicando o cargo ocupado na empresa e as atividades profissionais desempenhadas pelo estudante, durante no mínimo 12 (doze) meses nos 2 (dois) últimos anos;
- II. na condição de empresário, cópia do Contrato Social, cartão do CNPJ da empresa, comprovando que o estudante participa ou participou do quadro societário da organização;
- III. na condição de autônomo, comprovante de seu registro na Prefeitura Municipal, comprovante de recolhimento do Imposto sobre Serviços (ISS) e carnê de contribuição ao INSS.

DADOS DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO DO CURSO

NOME DO PROFESSOR SUPERVISOR DE ESTÁGIO DO CURSO	
ASSINATURA DO PROFESSOR SUPERVISOR DE ESTÁGIO DO CURSO	_____