

CONTROLE DE FREQUÊNCIA ESTÁGIOS

Nome do estagiário: _____

Local/setor: _____

Curso: _____

[illegible]

Assinatura do estagiário: _____

Data: ____ / ____ / ____

IMPORTANTE: Em caso de faltas, recuperação será aceita mediante apresentação de atestado médico.

*** O preenchimento deste documento é obrigatório para que possamos comprovar a conclusão do estágio.

Dessa forma, deve ser entregue ao final do estágio, preenchido e assinado.