**Faculdades integradas do vale do iguaçu – Uniguaçu**

**Curso de nutrição**

**Plano de atividades do estagiário**

**Estágio supervisionado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estagiário**

Nome do aluno....................................................................................................................................................................

Matrícula no.................... Ano/Semestre.................. Previsão de conclusão do curso........./........ (mês e ano) Período das aulas..........

**Unidade concedente**

Razão social........................................................................................................................................................................

Ramo de atividade..............................................................................................................................................................

**Supervisor de estágio**

Supervisor responsável.......................................................................................................................................................

Formação profissional do supervisor..................................................................................................................................

Conselho de Fiscalização....................................................................................................................................................

Registro no conselho de fiscalização profissional no.........................................................................................................

**Orientador de estágio**

Professor orientador............................................................................................................................................................

Formação profissional do orientador..................................................................................................................................

Conselho de Fiscalização...................................................................................................................................................

Registro no conselho de fiscalização profissional no........................................................................................................

**Estágio**

Dias e horários.......................................................................................... Totalizando.......................... horas semanais

Principais atividades:.........................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

União da Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Estagiário |  | Supervisor do estágio |  | Professor orientador |
|  |  | (Assinatura e Carimbo) |  | (Assinatura e Carimbo) |