# FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTAGIÁRIO/A – CONCEDENTE

Esta é a **( ) 1ª, ( ) 2ª, ( ) 3ª**  **Avaliação Periódica/Semestral**, ou **( )** **Avaliação Final** das Atividades previstas no Termo de Compromisso de Estágio, firmado no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,entre a Empresa **CONCEDENTE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** e o **ESTAGIÁRIO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, RG**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, RA** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado no \_\_\_ semestre do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tendo como interveniente a ARS Ensino Superior LTDA, mantenedora do Centro Universitário Sumaré, Polo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Área de Estágio:

( ) Nutrição Clínica

( ) Nutrição em Unidade de Alimentação e Nutrição

( ) Nutrição em Saúde Coletiva

**1) IDENTIFICAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO**

Nome do campo de estágio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do campo de estágio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do campo de estágio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2) IDENTIFICAÇÃO DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO**

Nome completo do Supervisor(a) de Campo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº do CRN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_\_\_\_

Carga horária do Supervisor na Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail do supervisor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTAGIÁRIO/A – CONCEDENTE

Caro avaliador, considerando as atividades desenvolvidas pelo estagiário, por gentileza preencha os campos a seguir de acordo com os conceitos: satisfatório, precisa melhorar e insuficiente.

Nome do Estagiário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de estágio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AVALIAÇÃO | SATISFATÓRIO | PRECISA MELHORAR | INSUFICIENTE |
| **Assiduidade e pontualidade:** estudante cumpriu os horários e dias de estágio conforme acordado |  |  |  |
| **Relacionamento interpessoal:** facilidade para secomunicar e se relacionar com o grupo |  |  |  |
| **Conduta ética:** manteve uma postura ética e respeitosa durante o estágio |  |  |  |
| **Iniciativa e autodeterminação:** apresentou capacidade para resolução problemas. Desenvolveu e sugeriu modificações e inovações respeitando as normas e procedimentos |  |  |  |
| **Cooperação:** foi colaborativo e contribuiu no sentido de alcançar os objetivos comuns |  |  |  |
| **Conhecimento técnico-científico**: apresentou domínio e conhecimento teórico-prático para desenvolver as atividades propostas. |  |  |  |
| **Desenvolvimento de habilidades:** considerar a aplicação dos conhecimentos teóricos do estagiário na operação. |  |  |  |

Observações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

(cidade )

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

Assinatura e CRN do responsável