|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO** | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITAÇÃO Nº** | **DATA** | | | | | **Nº DO PROCESSO NA UFES** | | | **N º DO PROC. DA FINANCIADORA** | | | **CÓD. FEST** |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  |
| **Título do Projeto** | |  | | | | | | | | | | |
| **Origem** Público Privado | | | | | **PERÍODO DE VIGÊNCIA: Início:       Término:       Aditivo:** | | | | | | | |
| **RUBRICA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS PARA O ESTÁGIO** | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE INÍCIO: | | | | | | TÉRMINO: | | | | VALOR DA BOLSA: R$ | | |
| HORÁRIO DO ESTÁGIO:       ÀS | | | | | | | | | | | | |
| ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS | | | | | | | | | | | | |
| SUPERVISOR DO ESTÁGIO: | | | | | | | | REGISTRO PROFISSIONAL: | | | | |
| FORMAÇÃO | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO ESTAGIÁRIO** | | | | | | | | | | | | |
| NOME: | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | | | | |
| CEP: | | | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | | | | | | | | IDADE: | | | | |
| RG: | | | | | | | CPF: | | | | | |
| TELEFONE: | | | | CELULAR: | | | | | EMAIL: | | | |
| CURSO: | | | | | | | PERÍODO: | | | | | |
| BANCO: | | | | AGÊNCIA: | | | | | CONTA: | | | |
| VAI USAR TRANSPORTE: : SIM NÃO | | | | | | | VALOR DA PASSAGEM: | | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO DAS DESPESAS PELO COORDENADOR** | | | | | | | | | | | | |
| **Autorizo a contratação do seguro de vida com o valor mensal de aproximadamente R$ 7,00 (para idade até 33 anos) e também o pagamento dos exames de Saúde Ocupacional (Admissional, Periódico, Demissional)** | | | | | | | | | | | | |
| **ANEXAR OS SEGUINTES DOCUMENTOS** | | | | | | | | | | | | |
| * **CARTEIRA PROFISSIONAL** * **ATESTADO DO CURSO – CONSTANDO PERÍODO** * **HISTÓRICO ESCOLAR – ALUNO UFES (CÓPIA SIMPLES)** * **HORÁRIO INDIVIDUAL – ALUNO UFES (CÓPIA SIMPLES)** * **CPF E RG (CÓPIA SIMPLES)** * **EXAME ADMISSIONAL NO CIPE** * **CURRICULUM** * **COMPROVANTE DE ENDEREÇO** | | | | | | | | | | | | |
| **IMPORTANTE** | | | | | | | | | | | | |
| **PARA CONTRATAÇÃO NO PRÓPRIO MÊS DE SOLICITAÇÃO, ENCAMINHAR ATÉ DIA 15.** | | | | | | | | | | | | |
| Coordenador  Data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   NOME | | | | | | | | | | | | |
| **PARA USO DA FEST** | | | | | | | | | | | | |
| **PROTOCOLO** | | | **AUTORIZAÇÃO/CONTROLE** | | | | | **CONTABILIDADE** | | | **R.H.** | |
| Protocolo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recebido  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | Autorizado em:  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | Autorizado em:  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | Solicitação recebida em:  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | |