**PLANO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO ESTÁGIÁRIO** | |
| Nome do Estagiário: | |
| Nº USP: | |
| Curso: Semestre Matriculado: | |
| e-mail: | |
| Telefone: | |
| **DADOS DA ENTIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO** | |
| Órgão/Empresa: | |
| Responsável pelos estágios: | |
| Setor: | |
| Cargo: | |
| E-mail: | |
| Telefone: | |
| Atividades e/ou produtos desenvolvidos pela Instituição: | |
| **DADOS DA SUPERVISÃO DE ESTÁGIOS** | |
| Nome do Supervisor: | |
| Setor: Cargo: | |
| E-mail: | |
| Telefone: | |
| Formação Escolar  (especificar curso): | Registro no Órgão de Classe: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO ESTÁGIO** |
| Área em que será realizado o estágio:  ( ) Gestão de Serviços de Saúde Pública ( ) Epidemiologia  ( ) Outros (especificar): |
| Modalidade: ( ) Obrigatório ( ) Não-obrigatório |
| Jornada de Estágio:  (informar carga horária diária ou semanal) |
| Horário do Estágio:  (informar condições específicas, dias da semana) |
| Período do estágio: / / à / / |
| Remuneração: Bolsa ( ) Sim ( ) Não |
| Benefícios: |
| Apólice: Seguradora: |
| Atividades que serão desenvolvidas pelo Estagiário: |
| Parecer da Coordenação de Estágios da FSP: |
|  |
|  |
| Data: / / Assinatura: |

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

Assinatura do Aluno Assinatura do Supervisor do Estágio

De Acordo,

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

Assinatura do Dirigente da Unidade