

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
**Departamento de Nutrição**

FICHA DE AVALIAÇÃO DO ALUNO (ESTAGIÁRIO)

Instituição: \_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Período do Estágio: Início \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Término \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Carga horária total do estágio: \_\_\_\_\_

*OBS: Atribuir os Conceitos: Ótimo (O); Bom (B); Regular (R) e Deficiente (D) a cada aspecto analisado.*

1) Rendimento no estágio (qualidade, rapidez, precisão com os quais executa as tarefas constantes do programa)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

2) Facilidade de compreensão (facilidade em interpretar, pôr em prática ou entender instruções)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

3) Nível de conhecimentos teóricos (conhecimentos demonstrados no cumprimento das tarefas)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

4) Iniciativa e independência (capacidade de buscar soluções sem prévias orientações, dentro dos padrões adequados)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

5) Assiduidade (constância, pontualidade e cumprimento das tarefas)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

6) Disciplina (respeito aos superiores e acato às normas regulamentares)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

7) Responsabilidade (capacidade de cuidar e de responder pelas atribuições, equipamentos e bens do local)

Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Deficiente ( )

A instituição faz avaliação do estágio através de:

( ) Reuniões ( ) Relatórios ( ) Observações ( ) Outros meios.

Quais? \_\_\_\_\_

Com base na avaliação dos itens anteriores, a (o) estagiária (o) preenche os requisitos técnicos da profissão?

( ) SIM ( ) NÃO Por que? \_\_\_\_\_

NOME SUPERVISOR DA ENTIDADE: \_\_\_\_\_

CRN:

Carimbo e assinatura do supervisor: \_\_\_\_\_

Data: