###### termo de realização de estágio

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO** | |
| Nome: Centro Universitário 7 de Setembro – UNI7 | |
| Endereço: Av. Alm. Maximiano da Fonseca 1395 Bairro: Eng. Luciano Cavalcante - Fortaleza – CE  CEP: CEP: 60.811-020 E-mail: rose.nunes@uni7.edu.br  Fone: (85) 4006.7604 Site: www.uni7.edu.br | |
| **DADOS DA UNIDADE CONCEDENTE** | |
| Razão Social: | CNPJ: |
| Supervisor Técnico:  Fone: | Cargo:  E-mail: |
| **DADOS DO ESTAGIÁRIO** | |
| Nome: | Curso: |
| Matrícula: | Semestre: |
| Fone: | E-mail: |

Nos termos do art. 9º, inciso V, da Lei 11.788/08, declaramos que no período compreendido entre **Clique aqui para inserir uma data.** e **Clique aqui para inserir uma data.** o(a) estagiário(a) qualificado em epígrafe realizou as atividades abaixo descritas: **Clique aqui para digitar texto.**

Seu desempenho foi considerado: **Escolher um item.**, pelas seguintes razões:

**Clique aqui para digitar texto.**

Fortaleza, **Clique aqui para inserir uma data.**

|  |  |
| --- | --- |
| CONCEDENTE  Nome completo, carimbo e assinatura | ESTAGIÁRIO(A)  Nome completo e assinatura |