

## TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO

<b>Estagiário(a):</b>
<b>Unidade Concedente:</b>
<b>Supervisor(a) do Estágio:</b>

Nos termos do art. 9º, inciso V, da Lei nº 11.788/2008, declaramos que no período compreendido entre \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, o(a) estagiário(a) supracitado(a) realizou as atividades descritas abaixo:

---

---

---

---

---

---

---

Seu desempenho foi considerado: ( ) Insuficiente ( ) Regular ( ) Bom ( ) Excelente pelas seguintes razões:

---

---

---

---

---

---

---

Declaramos, para os fins que se fizerem necessários junto ao IFBA - Campus Porto Seguro, que o estágio teve acompanhamento efetivo do(a) supervisor(a) supracitado(a), com carga horária total de \_\_\_\_\_ horas, e que seu encerramento fez-se em conformidade com a Lei nº 11.788/2008.

Porto Seguro-BA, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Supervisor(a) do Estágio