

## INDICAÇÃO DA CONCEDENTE - SOLICITAÇÃO DE ESTAGIÁRIO - Lei n.º 11.788/2008

SOLICITAMOS PREENCHER, ASSINAR E DEVOLVER O FORMULÁRIO ABAIXO PARA A GERÊNCIA DE ESTÁGIO, através do fax: (95) 3624 7320; Digitalizado pelo e-mail [pes@ielrr.org.br](mailto:pes@ielrr.org.br) ou na Gerência de Estágio do IEL/RR.

Razão Social: \_\_\_\_\_ Cnpj: \_\_\_\_\_  
Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
Pessoa de Contato: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**Retorno deste formulário com os seguintes documentos do estudante em anexo:**

1. Cópia do RG e CPF;
2. Declaração Escolar atualizada (Original);
3. Estudante menor – Cópia do RG e CPF do Representante Legal.

Solicito o (a) Candidato (a): \_\_\_\_\_.

CPF: ( campo obrigatório ) \_\_\_\_\_ N° do Telefone: \_\_\_\_\_.

Início das Atividades: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. (Após recebimento deste formulário preenchido e com as documentações solicitadas com anexo, contabilizaremos 05 dias úteis posteriores a esta data para início das atividades do estudante).

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União Estável

Matriculado na Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_.

Cursando o Nível: ( ) Médio ( ) Técnico ( ) Superior ( ) Educ. de Jovens e Adultos ( ) Outros: \_\_\_\_\_.

No Curso: \_\_\_\_\_ Ano/Semestre/Módulo: \_\_\_\_\_.

Cumprirá Estágio no Horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Horas. (Máximo de 30h semanais)

Valor Mensal da Bolsa: R\$ \_\_\_\_\_ Valor do Auxílio Transporte: R\$ \_\_\_\_\_.

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_ (Máximo 30h semanais). Período de Estágio: \_\_\_\_\_ Meses

\*Atividades Iniciais do Estágio: ( Atividades compatíveis com a grade curricular estudante)

Detalhar: \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_;

Professor Orientador: (Do curso em andamento) \_\_\_\_\_.

Área: Ciências Humanas ( ) Ciências Exatas ( ) Ciências Biológicas ( )

Supervisor do Estagiário na Organização: \_\_\_\_\_.

Formação: ( ) Nível Médio ( ) Nível Superior Outros: \_\_\_\_\_.

Cargo /Função: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_.

E-mail: \_\_\_\_\_.

**Carimbo e Assinatura do responsável pela solicitação**

INSTITUTO EUVALDO LODI

Av: Capitão Júlio Bezerra nº 363 - Centro-BV/RR - CEP 69.301-410 Tel/Fax: (95)3621 3573 Tel: (95)3621 3570

E-mail: [pes\\_selecao@ielrr.org.br](mailto:pes_selecao@ielrr.org.br)

<http://www.ielrr.org.br>