

PROGRAMA E ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Instituição: **Faculdade do Norte Goiano (FNG)**, entidade mantida pelo CESNG

Curso: **ENFERMAGEM** _____º Período

Empresa:

Campo de Estágio:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Supervisor da Concedente:

COREN/GO:

Estagiário(a):

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Supervisor da IES:

COREN/GO:

Início do Estágio:

___/___/20___

Fim Estágio:

___/___/20___

Carga horária: _____ horas semanais

Turno de Estágio: das _____ às _____

O Estagiário deverá executar as seguintes atividades relacionadas à área de conhecimento prático e técnico-profissional:

Obs. De acordo com a Lei 11.788, de 25/09/2008, somente poderão realizar estágio os alunos regularmente matriculados e que venham frequentando efetivamente às aulas na sua instituição de ensino.

Supervisor do Campo de Estágio
(assinatura e carimbo)

Acadêmico(a)
(assinatura)

Instituição de Ensino
(assinatura e carimbo)