

**PLANO DE ATIVIDADES PARA PRÁTICA PROFISSIONAL
PARA CURSOS TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO, TECNÓLOGOS E ENGENHARIAS
(Resolução Nº 25/2019 CONSUP/IFRN)**

TIPO: () atividade profissional efetiva () atividades relacionadas ao empreendedorismo () prática como componente curricular
() tutoria de Aprendizagem e Laboratório (TAL) ou Programa de Apoio à Formação estudantil () serviço voluntário

| AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL | | |
|---|---|---|
| RAZÃO SOCIAL (Nome Fantasia, se houver) /PROFISSIONAL LIBERAL: | | |
| CNPJ/CPF: | SETOR/LOCAL DA ATIVIDADE: | INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL (se houver): |
| ENDEREÇO: | | |
| BAIRRO: | CIDADE | CEP: |
| REPRESENTANTE LEGAL: | | CARGO: |
| SUPERVISOR DA PRÁTICA PROFISSIONAL (se houver): | | |
| CARGO: | FORMAÇÃO (OPCIONAL): | |
| TELEFONE: | E-MAIL: | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERVISOR DA PRÁTICA PROFISSIONAL | | , DE DE |
| INFORMAÇÕES DO ALUNO | | |
| NOME: | | |
| MATRÍCULA: | DATA DE NASCIMENTO (Deve ser maior de 16 anos): | |
| PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS? () SIM () NÃO | CASO SIM, ESPECIFIQUE: | |
| NÍVEL DE ESCOLARIDADE: () Ensino Fundamental (EJA) () Técnico () Educação Superior () Educação Especial | | |
| CURSO: | PERÍODO/ANO: | TURNO: |
| TELEFONE: | E-MAIL: | |
| ASSINATURA DO ALUNO | | , DE DE |
| INFORMAÇÕES DA PRÁTICA PROFISSIONAL | | |
| Título: | | |
| PROFESSOR ORIENTADOR: | MATRÍCULA: | |
| TELEFONE: | E-MAIL: | |
| VIGÊNCIA DESTE PLANO DE ATIVIDADE: DATA INICIAL: / / DATA FINAL: / / | | DURAÇÃO/MESES: |
| CARGA HORÁRIA DA PRÁTICA PROFISSIONAL: () horas diárias - () horas semanais; | | HORÁRIO: |
| BOLSA AUXÍLIO (se houver): | AUXÍLIO TRANSPORTE (se houver): | |
| OUTROS BENEFÍCIOS (se houver): | | |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS DURANTE A PRÁTICA PROFISSIONAL: | | |
| 1. | | |
| 2. | | |

3.

4.

PARECER DO PROFESSOR ORIENTADOR DESTE PLANO DE ATIVIDADES

DEFERIDO,

As atividades acima descritas ESTÃO ADEQUADAS ao curso e conforme exigência da Resolução 25/2019- CONSUP/IFRN.

Assinatura e carimbo do Professor Orientador

Data / /

PARECER DO COORDENADOR DE CURSO

DEFERIDO,

As atividades acima descritas ESTÃO ADEQUADAS ao curso e conforme exigência da Resolução 25/2019- CONSUP/IFRN.

Assinatura e carimbo do Coordenador do Curso

Data / /

INDEFERIDO,

As atividades acima descritas NÃO ESTÃO ADEQUADAS ao curso e conforme exigência da Resolução 25/2019 CONSUP/IFRN.

Assinatura e carimbo do Professor Orientador ou Coordenador do Curso

Data / /