



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Campus Erechim

ANEXO VII

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS

A empresa/instituição pública _____, situada na cidade de _____ com registro no CNPJ nº _____ declara para devidos fins de dispensa de Estágio Obrigatório que _____, estudante do Curso de _____ do Instituto Federal de Educação do Rio Grande do Sul - *Campus Erechim*, RG nº _____, CPF _____, E-mail _____, exercendo a atividades de _____ desenvolvendo as seguintes atividades abaixo listadas.

Nome do (a) supervisor(a) de estágio:

Cargo:

Empresa:

Carimbo e Assinatura:

_____, _____ de _____ de 20____.

Conforme previsto no Manual de Estágio Curricular Obrigatório, que dispõe sobre a dispensa de estágios obrigatórios, eu _____ estudante do Curso _____ do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia – *Campus* Erechim, matrícula nº _____, venho requerer que seja analisado o pedido de validação das atividades profissionais como Estágio Curricular Obrigatório, anexando os documentos comprobatórios:

() I. se empregado, cópia da parte da Carteira de Trabalho em que esteja configurado seu vínculo empregatício e descrição, por parte de seu chefe imediato, das atividades desenvolvidas;

() II. se autônomo, comprovante de seu registro na Prefeitura Municipal, comprovante de recolhimento do Imposto Sobre Serviços (ISS) correspondente ao mês da entrada do requerimento, carnê de contribuição ao INSS e descrição das atividades _____ que _____ executa;

() III. se empresário, cópia do Contrato Social da Empresa e descrição das atividades que executa.

Relação das atividades desenvolvidas:

Erechim, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) estudante.

PARECER DA COORDENAÇÃO DO CURSO (Prazo 5 dias úteis).

Informar aqui o nome do (a) orientador (a) caso não seja o próprio coordenador do curso.

Data

Assinatura do (a) Coordenador(a) do Curso

PARECER DO SETOR RESPONSÁVEL (Prazo 5 dias úteis).

Data

Assinatura – Setor Responsável

CIÊNCIA DO(A) ESTUDANTE.

Declaro que tomei ciência do resultado da análise do Aproveitamento das Atividades Profissionais.

Data

Assinatura do (a) Estudante