



Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Nutrição
Colegiado de Ciência e Tecnologia de
Alimentos



Avaliação do Estagiário

Nome do Estagiário:	
Nome da Empresa:	
Supervisor de Estágio (*):	
Período de Estágio (*):	Carga Horária Total:

* Verifique se a informação está compatível com o Termo de Compromisso de Estágio (cláusula segunda).

Após a conclusão do estágio este formulário deverá ser preenchido e assinado pelo supervisor de estágio. Enviar o formulário para o coordenador de estágio por e-mail (estagio.alimentos.deali@ufop.edu.br).

Item	O estudante:	Avaliação				
		0 (Péssimo)	1	2 (Média)	3	4 (Excelente)
Assiduidade	Compareceu a todos os dias de estágio?					
Pontualidade	Cumpriu os horários estabelecidos de estágio?					
Iniciativa *	Teve a capacidade de sugerir soluções frente a situações problema?					
Disciplina	Cumpriu com as normas e regulamentos internos da Empresa?					
Responsabilidade *	Cumprir as atividades delegadas de forma adequada?					
Relacionamento e sociabilidade	Integrou-se no ambiente de trabalho e contribuiu para o trabalho em equipe?					
Conhecimento Técnico *	Demonstrou conhecimento técnico no desenvolvimento das atividades programadas?					

* Os itens Iniciativa, Responsabilidade e Conhecimento Técnico tem peso 2 na nota do estagiário, os demais itens tem peso 1

A Empresa aceitaria um novo estagiário do curso para o próximo período?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
---	---

Considerações gerais sobre a atuação do estagiário:
Sugestões

Assinatura:		Data:	
-------------	--	-------	--