



FICHA DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Nome do Estagiário(a):			
Curso:		Matrícula:	
Unidade Concedente do Estágio:			
Nome do Local do Estágio:			
Profissional Supervisor(a):			
Profissão:		Reg. de Classe:	
Período da Avaliação do Estágio:	De	/ /	até / /
Tipo do Estágio:	() Obrigatório () Não Obrigatório		
Atividades Desenvolvidas:			

As questões que seguem devem ser respondidas pelo profissional supervisor do(a) estagiário(a), referentes ao período de avaliação indicado.

1 Facilidade de Compreensão das atividades programadas e registradas no TCE.

Ótimo Bom Regular Ruim

2 Assiduidade (cumpre dos dias determinados para realização do estágio).

Ótimo Bom Regular Ruim

3 Pontualidade (comparece ao local de estágio nos horários previamente agendados).

Ótimo Bom Regular Ruim

4 Cooperação (disposição para ajudar com atividades de outros colegas).

Ótimo Bom Regular Ruim

5 Discrição (mantém em sigilo as informações que tem acesso na UCE)

Ótimo Bom Regular Ruim

6 Iniciativa (desenvolve novas atividades ou modos de realização de suas atribuições sem depender dos outros).

Ótimo Bom Regular Ruim

7 Sobre o Conhecimento Prático (Empírico) para o desenvolvimento das suas atividades.

Ótimo Bom Regular Ruim

8 Sobre o Conhecimento Teórico para o desenvolvimento das suas atividades.

Ótimo Bom Regular Ruim

9 Como você avalia o Desempenho Geral do(a) estagiário(a) no desenvolvimento das atividades previstas?

Ótimo Bom Regular Ruim

10 Como você avalia as Capacidades e Habilidades do(a) estagiário(a) para desenvolver outras atividades mais complexas?

Ótimo Bom Regular Ruim

Garanhuns, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Estagiário

Assinatura e Carimbo do Profissional Supervisor