

**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:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **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.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data //  Assinatura e carimbo do Professor Orientador | | | | | |
| **PARECER DO COORDENADOR DE CURSO** | | | | | |
| **DEFERIDO,**  **As atividades acima descritas ESTÃO ADEQUADAS ao curso e conforme exigência da Resolução 25/2019- CONSUP/IFRN.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data //  Assinatura e carimbo do Coordenador do Curso | | | | | |
| **INDEFERIDO,**  **As atividades acima descritas NÃO ESTÃO ADEQUADAS ao curso e conforme exigência da Resolução 25/2019 CONSUP/IFRN.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data //  Assinatura e carimbo do Professor Orientador ou Coordenador do Curso | | | | | |