



## REQUERIMENTO DE CERTIFICAÇÃO DE SUPERVISÃO DE ESTÁGIO CURRICULAR

<input type="radio"/> Supervisão de Estágio Curricular Obrigatório	
<input type="radio"/> Supervisão de Estágio Curricular Não Obrigatório	
Nome completo: _____	
CPF: _____	E-mail: _____
Supervisionou o(s) aluno(s): _____ _____	
Curso/Turno/Campus: _____	
UCE: _____	
Período de: _____ a _____	
Total de horas: _____	

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas para a presente certificação são verdadeiras e comprovam a efetiva realização das atividades pelo participante.

\_\_\_\_\_  
Nome, Assinatura e Siape do Servidor do SEST

Diretoria de Políticas de Graduação – DPGRAD Despacho: _____	Pró-Reitoria de Graduação – PROGRAD Despacho: _____
carimbo e assinatura da DPGRAD Enviado em: _____	carimbo e assinatura do Pró-Reitor de Graduação Enviado em: ____/____/20__