**PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTÁGIO
	1. Estagiário

Nome: Matrícula:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone: E-mail:

* 1. Orientador

Nome:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone: E-mail:

* 1. organização

Nome:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone: E-mail:

* 1. Supervisor

Nome: Registro Profissional:

Endereço:

Cidade: Estado: CEP:

Telefone: E-mail:

* 1. Dados do Estágio

Área:

Carga Horária: 210 horas

Duração Prevista Início: Término:

Horários a serem cumpridos:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  *Segunda* |  *Terça* |  *Quarta* |  *Quinta* |  *Sexta* |  *Sábado* |  *Domingo* |
|  *Horas* *(De 8h às 12h)* |  |  |  |  |  |  |   |

1. DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO
	1. Missão, Visão, Valores
	2. Histórico da Organização
	3. Produtos e/ou Serviços de Comunicação da Organização
	4. necessidades de produtos/serviços
2. PLANO DE ESTÁGIO
	1. Problematização e Plano de Ações
	2. propositura e desenvolvimento
	3. cronograma de execução

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUPERVISOR** | **ESTAGIÁRIO** | **ORIENTADOR** |
| DATA: \_\_\_/\_\_\_/2021ASSINATURA: | DATA: \_\_\_/\_\_\_/2021ASSINATURA: | DATA: \_\_\_/\_\_\_/2021ASSINATURA: |