

#  TERMO DE COMPROMISSO

**Estágio Obrigatório para Licenciatura Curso Artes Visuais**

**A ESCOLA DE COMUNICAÇÕES E ARTES**, com endereço à Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, 443 – Cidade Universitária – Butantã, na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, CNPJ 63.025.530/0021-58, apresenta o/a

estudante n° USP

 para realizar Estágio Obrigatório, e-mail

 , matriculado regulamente no curso

 , que tem interesse em cumprir suas atividades de estágio curricular obrigatório não remunerado vinculadas à disciplina , junto a Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estabelecida à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , doravante Concedente, nos termos da Lei n 11.788/2008, das Resoluções USP n° 5528/2009, n° 6090/2012 e n° 7645/2019, conforme as condições a seguir:

O/a estudante deverá cumprir as normas da concedente durante o período de desenvolvimento das atividades de estágio.

A jornada de atividade de estágio será definida de comum acordo entre a ECA/USP, a concedente e o/a estudante estagiário/a, não devendo ultrapassar 6 horas diárias e 30 horas semanais, conforme artigo 10, inciso II, da Lei 11.788/2008.

Na oportunidade, informo que o/a estudante está segurado/a pelo Fundo de Cobertura de Acidentes Pessoais da Universidade de São Paulo, conforme artigo 4°, parágrafo 1°, inciso II e III da Resolução USP 5528/09 e artigo 9°, parágrafo único, da Lei 11.788/08. Sem mais, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, apresento meus agradecimentos.

**CONCEDENTE ESTAGIÁRIO(A)**

**ASSINATURA ASSINATURA**

 **INTERVENIENTE**

 **Profa. Dra. Silvia Regina Ferreira de Laurentiz**

 **Presidente da** **CG ECA/USP**

 **ASSINATURA**

**Responsável pela Disciplina:**

**DISCIPLINA:**

# Assinatura do Responsável pela Disciplina

**PLANO DE ESTÁGIO**

**MODALIDADE: Obrigatório Nome do Aluno:**

**Telefone /contato: Curso:**

**Departamento:**

**Número USP**

**e-mail:**

**Professor (a) Supervisor (a) Acadêmico (a): Empresa/Instituição Concedente: Supervisor (a) na Concedente:**

**Telefone:**

**E-mail:**

**Período (data do início e término)/horário:**

**Carga horária diária/semanal/total do período:**

**ANEXAR ATESTADO DE MATRÍCULA EM DISCIPLINA**

# ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELO (A) ESTAGIÁRIO (A)

São Paulo,



# Supervisor (a) Concedente Prof. (a) Supervisor (a) Acadêmico (a) Assinatura Assinatura



**Estagiário (a)**