**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ .

**1**Ilmo. Sr(a). Gestor(a) do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Estágio Supervisionado do curso de Licenciatura em Escolher um item. da Universidade Federal do ABC (UFABC), além de atender a uma exigência legal, visa proporcionar a vivência e análise de situações reais de ensino-aprendizagem, bem como o conhecimento dos aspectos científicos, éticos, sociais, econômicos e políticos, que envolvem a prática docente.

Para cumprir tal objetivo, a UFABC vem apresentar o(a) aluno(a)      , RA       , regularmente matriculado(a) nesta Universidade, para que V. Sª. estude a possibilidade de o(a) mesmo(a) realizar seu Estágio Supervisionado nesta instituição.

Contando antecipadamente com vossa inestimável colaboração, permanecemos à disposição para quaisquer informações na Secretaria do Centro de Ciências Naturais e Humanas da Universidade Federal do ABC via Escolher um item..

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2** Prof.(a) Dr.(a)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1 Inserir nome da Instituição onde será realizado o estágio supervisionado**

**2 Indicar nome do(a) professor(a) Orientador(a) de Estágio Supervisionado**

..........................................................................................................................................................

**TERMO DE ACEITE DE ESTÁGIO**

Autorizamos o(a) aluno(a)        , RA        , regularmente matriculado(a) na Universidade Federal do ABC, a realizar suas atividades de estágio supervisionado obrigatório em nossa Instituição Escolar.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura com carimbo

Gestor, Vice-Gestor ou Coordenador Pedagógico

Nome da Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_