|  |
| --- |
| Logo IFSP - Transparente  **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo**  **Diretoria Geral do Câmpus Avaré**  **Coordenadoria de Extensão** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO (Técnico/Tecnológico/Bacharelado)** | |
|  | |  |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** | |
|  | |  |
| **Instituição**: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO / IFSP (doravante denominado **Instituição de Ensino**) | |
| **Endereço:** Av. Professor Celso Ferreira da Silva, 1333 - Jardim Europa I - Avaré- SP - CEP 18707-150 | |
| **Fone:** (14) 3731-0300 | **CNPJ:** 10.882.594/0022-90 |
| **Representada pelo** seu Diretor Geral, Prof. Dr. Sebastião Francelino da Cruz, nomeado pela Portaria nº. 1.331, publicada no Diário Oficial da União de 11 de abril de 2017. | |
| IDENTIFICAÇÃO DO(A) PROFESSOR(A) ORIENTADOR(A) | |
| Nome: | |
| Telefone: | Celular: |
| e-mail: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIDADE CONCEDENTE** | | | | | |
|  | | | |  | |  |
| **Razão Social:**  (doravante denominada **CONCEDENTE)** | | | | | |
| **CNPJ:**  (empresa) | | | Insc. Estadual: | | |
| **CPF:** (autônomo) | | | Fone: | | |
| **Endereço:** | | | | | |
| CEP: | Bairro: | | Cidade: | | Estado: |
| Representante Legal: | | | | | |
| Cargo: | | Formação: | | | |
| CPF: | | e-mail: | | | |
| Supervisor de estágio: | | | | | |
| CPF: | | e-mail: | | | |
| Formação Acadêmica: | | | | | |
| Registro Profissional nº: | | | Órgão: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTAGIÁRIO(A)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Nome:**  (doravante denominado **ESTAGIÁRIO(A))** | | | | | | |
| **Curso:** | | | | | | |
| Período: | | | | **Prontuário:** | | |
| RG: | | | CPF: | | Data de nascimento: / / | |
| Endereço: | | | | | | |
| CEP: | | Bairro: | | Cidade: | | Estado: |
| Telefone: | | | | Celular: | | |
| e-mail: | | | | | | |
| Tipo de Estágio: | Obrigatório ( ) | | | | Não-Obrigatório ( ) | |
| Portador de Deficiência ( ) SIM ( ) NÃO | | | | | | |

De acordo com a informação notificada pelo

( ) Unidade Concedente

( ) Estagiário(a)

( ) Instituição de Ensino - IFSP

a partir de **dd/mm/aaaa**, encerra-se o Termo de Compromisso de Estágio ou último Termo Aditivo, firmado entre as partes supracitadas, para o período compreendido entre **dd/mm/aaaa** e **dd/mm/aaaa**, nos termos do que dispõem a Lei nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, o Regulamento de Estágio do IFSP (Portaria n° 1.204, de 11 de maio de 2011) e demais legislação vigente sobre o estágio.

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária de São Paulo da Justiça Federal da 3ª Região com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas que se originarem desta Rescisão.

E por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em 03 (três) vias, na presença de duas testemunhas, para todos os fins e efeitos de direito.

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

**Assinam:**

Representante legal da Unidade Concedente

Estudante / Estagiário(a) ou Responsável legal pelo(a) menor estagiário(a)

Diretor(a)-Geral do Câmpus Avaré do IFSP

Professor(a) Orientador(a)

Supervisor(a) da Unidade Concedente

Coordenador(a) do Curso no IFSP

Coordenador(a) de Extensão (Testemunha 1)

Professor(a) do Curso no IFSP responsável pelo acompanhamento dos estágios, quando for o caso (Testemunha 2)

assinado eletronicamente

Termo de Rescisão do Termo de Compromisso de Estágio elaborado conforme Art. 27º, do Regulamento de Estágio - Portaria 1.204, de 11de maio de 2011.