**ACOMPANHAMENTO MENSAL**

NOME DO(A) ESTUDANTE:

NÚMERO DE MATRÍCULA:

PERÍODO (MÊS):

INSTITUIÇÃO CONCEDENTE:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/FREQUÊNCIA

(*A ser preenchido pelo(a) estudante relatando as principais atividades desenvolvidas e as dificuldades observadas, conforme a programação prevista no plano de estágio*).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIA/MÊS** | **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA** | **HORAS** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL DE HORAS/MÊS** | |  |

Florianópolis, (data, mês, ano)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  APROVAÇÃO SUPERVISOR DA INSTITUIÇÃO CONCEDENTE | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PROFESSOR ORIENTADOR DO ESTÁGIO FACULDADE ENERGIA |