UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Educação Integrada em Saúde
Curso de Nutrição

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

Nome do Estagiário: _____

Local de Estágio: _____

Curso:_____**Data de início do estágio:** _____

Período a qual se refere este relatório: ____/____/____ **a** ____/____/____

Mês/Ano de Conclusão do Curso: _____

Telefone para contato:_____**E-mail:**_____

Nome do Supervisor de Estágio: _____

Nome do professor orientador de Estágio:_____

1. Nos espaços abaixo, descreva as atividades que o estagiário desenvolveu durante o período de estágio (deverá ser elaborado em conjunto pelo supervisor e estagiário):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Atribua conceitos referentes ao desempenho do estagiário, assinalando de acordo com o item correspondente (a ser preenchido pelo supervisor):

Observância das normas da organização	**Muito Bom**	**Bom**	**Regular**	**Ruim**
Relacionamento com superiores				
Relacionamento com colegas				
Nível de conhecimento teórico demonstrado pelo aluno				
Nível de conhecimento prático demonstrado pelo aluno				
Nível de conhecimentos gerais demonstrado pelo aluno				
Capacidade de adequação dos conhecimentos à realidade				
Aptidão				
Iniciativa em solucionar problemas				
Utilização de terminologia técnica				
Redação				
Assiduidade e pontualidade				
Capacidade de autocrítica				
Nível de satisfação no ambiente de trabalho				
Postura profissional: Equilíbrio Emocional				
Ética Profissional				
Nível de Segurança				
Iniciativa				

3. Considerações sobre o estagiário e/ou estágio (elaborado pelo supervisor):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. Considerações sobre o estágio (elaborado pelo estagiário):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. **Considerações sobre o estagiário e/ou o estágio (elaborado pelo professor orientador):**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Avaliação Global do Período - Levando em consideração os resultados obtidos nos itens 2, 3 e 4 (preenchido pelo supervisor):

( )Muito Bom ( )Bom ( )Regular ( )Ruim

_____,_____de_____de_____.

_____
Assinatura do Supervisor*

_____
Assinatura do Estagiário*

_____
Assinatura do Prof. Orientador*

* Assinaturas digitais (preferencialmente via ASTEN ou gov.br)