



REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO DO ESTÁGIO

(ANEXO II – Ato da Presidência nº 102/2017)

Identificação do Estagiário

Nome		Código do Estudante
Instituição de Ensino	Curso	
Unidade de Estágio	Setor do Estágio	
Endereço do Estagiário		
Telefone do Estagiário	E-mail do Estagiário	

REQUER

Concessão de afastamento das atividades do estágio remunerado por motivo de:

- Licença para tratamento de saúde** por dias, a partir do dia / / , conforme atestado médico em anexo.
- Casamento** no dia / / , conforme certidão em anexo.
- Falecimento** de (cônjuge, companheiro(a), pais, madrasta ou padrasto, filhos, enteados, menor sob guarda ou tutela e irmão), no dia / / , conforme atestado de óbito em anexo.
- Doação de sangue** no dia / / , conforme declaração em anexo.
- Alistamento ou recadastramento eleitoral** no dia / / , conforme declaração em anexo.
- Cumprimento de intimação da Justiça** ou **participação no Tribunal do Júri como jurado**, mediante comprovação expedida pela Justiça, conforme certidão em anexo.
- Serviço prestado à Justiça Eleitoral**, mediante comprovação expedida pelo Órgão Eleitoral, conforme documento em anexo.

Local	Data	Assinatura do Estagiário

Ciente do Supervisor de Estágio

Data	Assinatura