

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
CAMPUS CAMPO NOVO DO PARECIS
COORDENAÇÃO DE EXTENSÃO (CEX)

**DECLARAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE ATIVIDADES
PROFISSIONAIS COMO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO**

Eu _____ CPF: _____,
ocupante do(a) função/cargo _____, na
empresa _____ CNPJ _____,
estabelecida _____, declaro para o fim de **validação**
de **atividades profissionais como estágio**, que o/a
estudante _____, portador(a) do
CPF: _____, Matrícula n° _____,
e-mail _____ regularmente matriculado(a) no (ano ou
semestre): _____, do curso _____,
IFMT *Campus* Campo Novo do Parecis, iniciou suas atividades profissionais na empresa supracitada, em
___/___/___ até a presente data, ou até ___/___/___ (caso o contrato de trabalho tenha terminado) e
desempenha (ou desempenhou) as seguintes atividades profissionais:

Campo Novo do Parecis, _____ de _____ de _____

(obrigatório inserir a data)

Assinaturas:

Estudante: _____

Representante da Empresa: _____

Carimbo da empresa