|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE COMPROMISSO**  A instituição CONCEDENTE, o ESTAGIÁRIO e a instituição INTERVENIENTE celebram o presente TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO, conforme as condições descritas a seguir. Todos os indivíduos envolvidos neste termo de compromisso serão designados na Tabela 1.  1. O estágio terá duração conforme especificado adiante, que poderá ser eventualmente prorrogado ou modificado por documento complementar, por meio de notificação, por escrito, com 05 (cinco) dias de antecedência. O ESTAGIÁRIO não terá vínculo empregatício de qualquer natureza com a CONCEDENTE em razão deste TERMO DE COMPROMISSO.  2. No período de estágio, o ESTAGIÁRIO cumprirá no máximo 30 horas por semana. O horário de estágio será combinado de acordo com as conveniências mútuas, ressalvadas as horas de aulas, de provas e de outros trabalhos didáticos e as limitações dos meios de transportes.  3. A CONCEDENTE designará um SUPERVISOR INTERNO para o estágio que será por ele programado, e a FZEA/USP designará um ORIENTADOR para o estágio.  4. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir fielmente a programação do estágio, salvo impossibilidade da qual a CONCEDENTE será previamente informada.  5. O ESTAGIÁRIO realizará o estágio, no que se refere à modalidade ou bolsa de complementação educacional, conforme descrito na Tabela 1.  6. O ESTAGIÁRIO está coberto por seguro saúde, conforme detalhado na Tabela 1.  7. O ESTAGIÁRIO se obriga a cumprir as normas e os regulamentos internos da CONCEDENTE. Em caso de não cumprimento deste acordo, o ESTAGIÁRIO será responsável por eventuais danos e pela quebra do acordo.  8. O ESTAGIÁRIO deverá informar de imediato e por escrito à CONCEDENTE qualquer fato que interrompa, suspenda ou cancele sua matrícula na Instituição de Ensino INTERVENIENTE, ficando ele responsável por quaisquer despesas causadas pela ausência dessa informação.  9. A Instituição de Ensino INTERVENIENTE supervisionará o estágio em conformidade com os seus regulamentos internos, ficando o ESTAGIÁRIO sujeito a essa regulamentação.  E, por estarem de acordo com os termos do presente instrumento, as partes o assinam em **3 (três) vias**, na presença de duas testemunhas, para todos os fins e efeitos de direito. | **CONTRAT D’ENGAGEMENT**  L’ORGANISME D’ACCUEIL, le STAGIAIRE et L’ETABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR D’ORIGINE selon les conditions suivantes. Toutes les personnes impliquées dans ce CONTRAT D’EAGAGEMENT sont décrites dans le Tableau 1.  1. Le stage durera comme indiqué ci-dessous, et pourra éventuellement être prolongé ou modifié selon les termes décrits dans un document complémentaire, après demande de résiliation par une des parties, par écrit, avec 5 (cinq) jours de préavis. Le STAGIAIRE n’aura pas le statut de salarié dans L’ORGANISME D’ACCUEIL.  2. Pendant la durée de son séjour, le STAGIAIRE accomplira au maximum de 30 heures par semaine. Le temps de travail dans L’ORGANISME D’ACCUEIL sera déterminé par les parties en considérant les heures de cours, d’examens, d’autres travaux didactiques ou de temps de transport.  3. L’ORGANISME D’ACCUEIL désigne un SUPERVISER qui organisera le programme de stage, et la FZEA/USP désigne un Professeur pour COORDONNER le stage.  4. Le STAGIAIRE est soumis à l'obligation d’accomplir fidèlement la programmation du stage, sauf impossibilité par laquelle L’ORGANISME D’ACCUEIL sera préalablement informé.  5. Le STAGIAIRE exécutera le programme de formation, en ce qui concerne la modalité ou la bourse d'études, tel que décrit dans le Tableau 1.  6. Le STAGIAIRE est couvert par une assurance maladie dont la politique est détaillée au Tableau 1.  7. Le STAGIAIRE est obligé de respecter toutes les normes et règlements de L’ORGANISME D’ACCUEIL. En cas de violation de cet accord, le STAGIAIRE sera responsable de tout dommage et de la violation de l'accord.  8. Le STAGIAIRE devra informer promptement L’ORGANISME D’ACCUEIL, par écrit, de n'importe quel événement qui pourrais interrompre, suspendre ou annuler le statut de l'étudiant à FZEA/USP. Le stagiaire sera jugé responsable de tous les coûts et dépenses engendrés par l'absence d'information.  9. L’ETABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR D’ORIGINE supervisera le stage conformément à son règlement interne, soumettant le stagiaire à cette réglementation.  Conformément aux termes du présent contrat, les parties signent **3 (trois) exemplaires**, en présence de deux témoins pour servir et valoir ce que de droit. |

Tabela 1. Designação dos signatários/ Tableau 1. Désignation des signataires.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INTERVENTIENTE/ ETABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR D’ORIGINE | Instituição/ Etablissement d’enseignement:  Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos da Universidade de São Paulo | Assinatura e Carimbo/ Signature et Cachet  Testemunha/ Témoin |
| Endereço/ Adresse:  Av. Duque de Caxias Norte, 225, Jd. Elite, Pirassununga/SP, Brasil, CEP 13635-900 |
| Representante Legal/ Représentant légal:  Nome/ Nom: Profa. Dra. Giovana Tommaso  Cargo/ Poste de travail: Presidente da Comissão de Graduação/ President of Undergraduate Studies Committee |
| CONCEDENTE/ ORGANISME D’ACCUEIL | Instituição/ Etablissement d’enseignement:: | Assinatura e Carimbo/ Signature et Cachet  Testemunha/ Témoin |
| Endereço/ Adresse: |
| Representante Legal/ Représentant légal:  Nome/ Nom:  Cargo/ Poste de travail: |
| ESTAGIÁRIO/ STAGIAIRE | Nome completo/ Nom complet: | Assinatura / Signature |
| Nº USP/ USP ID: |
| Endereço/ Adresse: |
| Passaporte/ Passeport: |
| ESTÁGIO/ STAGE | Modalidade/ Modalité:  Estágio Curricular Obrigatório/ Stage requis  Estágio Curricular Não-Obrigatório/ Stage non-obligatoire  Estágio Extracurricular/ Stage extrascolaire | |
| Bolsa de estudos/ Bourse d'études:  Sem bolsa/ Sans bourse  Com bolsa/ Avec bourse  Especificar a bolsa/ Détail de la bourse: | |
| Orientador da FZEA/ Coordonner: | |
| Supervisor da Concedente/ Superviser: | |
| Período do estágio/ Période de stage:  Início/ Début: Clique ou toque aqui para inserir uma data.  Fim/ Fin: Clique ou toque aqui para inserir uma data.  Quantidade de meses/ Mois:       meses/Mois | |
| Seguro saúde/ Assurance maladie:  Companhia/ Compagnie d'assurance:  Número da apólice/ Numéro de police: | |