Cidade, dia, mês e ano

**Prezados (as) Senhores (as),**

Solicitamos a concessão de Estágio Obrigatório (Estágio Curricular Supervisionado) para o (a) aluno (a) **Nome Completo**, regularmente matriculado (a) sob **RA nº XXXXXXXXXXXXXX** no **Xº** **semestre** do curso de graduação em **Nome do Curso** da **Nome Completo da Instituição**.

Informamos ainda que o (a) aluno (a) estará devidamente coberto (a), nos termos da legislação vigente, **contra acidentes pessoais conforme cópia da apólice de seguro QUE SEGUE ANEXA.**

Caso a solicitação seja deferida, e para fins de elaboração de Termo de Compromisso e Plano de Estágio, informamos a seguir os dados do (a) aluno (a), da vaga pretendida, do (a) orientador (a) e de nossa instituição:

**Dados do (a) Aluno (a):**

* Nome Completo:
* CPF:
* RG:
* Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP):
* E-mail:
* Telefone de contato:

**Detalhamento da vaga de Estágio Obrigatório pretendida:**

* Área ou Laboratório de Interesse na FZEA/USP:
* Período de Interesse (data inicial e data final):
* Carga horária semanal a ser cumprida, conforme projeto político pedagógico do curso em que o (a) estudante está matriculado (a): *verificar na Instituição de Origem a carga horária semanal máxima que o curso permite – substituir esse texto em itálico pela informação solicitada*

**Dados do (a) Orientador (a) na Instituição de Origem:**

* Nome Completo:
* Cargo / Função na Instituição:
* E-mail:
* Telefone de contato:

**Dados do (a) Instituição:**

* Razão Social:
* Nome Fantasia:
* CNPJ nº:
* Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP):
* Nome completo do Representante Legal: i*nformar aqui o nome da autoridade que assinará o Termo de Compromisso – substituir esse texto em itálico pela informação solicitada*
* Cargo / Função do Representante Legal:
* E-mail do setor responsável por estágios:
* Telefone do setor responsável por estágios:

**Declaramos estar cientes de que:**

* Em caso de desistência deveremos informar o cancelamento do estágio com antecedência mínima de **7 dias úteis antes do início das atividades**;
* O início das atividades previstas será autorizado somente após a assinatura do **Termo de Compromisso** e do **Plano de Estágio** por todos os interessados.

Desde já, agradecemos à atenção dispensada.

Atenciosamente,

**Nome do Coordenador de curso ou de Estágios**

Cargo / Função da Nome da Instituição

À

**Coordenação de Estágios do Departamento de Medicina Veterinária (ZMV)**

Faculdade de Zootecnia e Engenharia de Alimentos (FZEA)

Universidade de São Paulo (USP)

Campus USP “Fernando Costa” Pirassununga/SP