

TERMO DE RESCISÃO DO TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Instituição: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA BAHIA

Endereço: Av. Araújo Pinho, 39, bairro Canela, CEP 40110-150, Salvador-Bahia

Telefone: (71) 2102-0494

CNPJ: nº 10.764.307/0001-12

Representada por seu Reitor Renato da Anunciação Filho

UNIDADE CONCEDENTE

Razão Social:

CNPJ (empresa):

CPF (autônomo):

Endereço:

Município:

UF:

CEP:

Telefone: DDD ()

Celular: DDD ()

Endereço Eletrônico:

Contato:

Representante Legal:

Cargo:

Supervisor de Estágio:

Formação Acadêmica:

Registro Profissional nº:

Órgão:

ESTAGIÁRIO

Nome:

Curso:

Período:

RG nº:

CPF:

Data de nascimento: ___/___/___

Endereço:

Município:

UF:

CEP:

Telefone: DDD ()

Celular: DDD ()

E-mail:

Estágio obrigatório ()

Estágio Não Obrigatório ()

Portador de Deficiência: () SIM () NÃO

De acordo com a informação notificada pelo () Unidade Concedente, () Estagiário ou () Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, a partir de ____/____/____, encerrar o Termo de Compromisso de Estágio ou Último Termo Aditivo, firmado entre as partes supra, para o período compreendido entre ____/____/____ e ____/____/____, nos termos do que dispõem a Lei nº11.788/08 e o Regulamento de Estágios do IFBA.

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária de Salvador com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir quaisquer dúvidas que se originarem desta Rescisão.

É por estarem de acordo com a condição estabelecida, as partes o assinam em 03 (três) vias, na presença de 02 (duas) testemunhas, para todos os fins e efeitos de direito.

Porto Seguro(BA), ____ de _____ de 2017.

Unidade Concedente

Estagiário

IFBA

Testemunha

Nome:

RG:

CPF:

Testemunha

Nome:

RG:

CPF: