**CONTROLE DE FREQUÊNCIA E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Estagiário:

Instituição Concedente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DIA | Horas de Trabalho  Início/Término  TOTAL | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS | VISTO DO SUPERVISOR |
| Ex:  02/02/2021 | 8 às 12 hs  14 às 18 hs | Acompanhar o controle de pragas e doenças (Usar verbos no infinitivo) | Assinar |
|  |  | OBS: FAZER ISSO DURANTE O ESTÁGIO EXCETO FINAL DE SEMANA E FERIADO |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |