



FACULDADE BATISTA BRASILEIRA
CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBÉIS
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

**FICHA DE AVALIAÇÃO DO ESTAGIÁRIO PELA
ORGANIZAÇÃO CONCEDENTE**

Nome do Estagiário(a): _____

Empresa / Instituição: _____

Endereço: _____

Responsável / Orientador: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

ASPECTOS / CONCEITOS	Ótimo	Bom	Regular	Insuficiente
1. Pontualidade				
2. Assiduidade				
3. Apresentação				
4. Interesse				
5. Relações interpessoais				
6. Conhecimento teórico				
7. Conhecimento prático				
8. Desempenho				
9. Iniciativa e independência				
10. Qualidade do Relatório Final				

Você contrataria este estagiário como funcionário? SIM NÃO

Observação:

Data ____/____/____

ORGANIZAÇÃO CONCEDENTE
(Assinatura e Carimbo)