CONTROLE DE ESTÁGIO – SESSÕES COM PARTES PRESENTES

Instituição formadora:

Nome do estagiário(a):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Local de estágio** | **Data** | **Hora de início** | **Hora de término** | **Nº processo /reclamação** | **Nome do conciliador/mediador** | **Assinatura do Responsável**  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

Declaro que as informações de estágio são verdadeiras.

São Paulo, / /2022 Assinatura do(a) estagiário(a)