



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Declaração de Frequência de Estagiários

Nome da Unidade/Órgão: **Museu Antropológico**

Nome do (a) Diretor (a) da Unidade/Órgão: **Profa. Dra. Dilamar Candida Martins**

Declaramos, para os devidos fins de comprovação, que a estagiária abaixo relacionada frequenta e desenvolve regularmente as atividades de estágio nesta Unidade/Órgão no mês e ano de referência: **Fevereiro/2017**.

Declaramos ainda que os mesmos continuam frequentando.

Nº	Nome da Estagiária	Carga Horária Semanal	Frequência (Integral ou Integral vide obs.)	Observações (Faltas, férias, Atestado médico)
01	Aline Santos de Oliveira	20	Integral	
02	Alinny Raphaelle Vitor de Lima	20	Integral	Bolsista do Museu de Ciências em exercício no MA – atua junto à base de dados Tainakan
03	Ariel David Ferreira	20	Integral	
04	Christian Oliveira Coelho	20	Integral	
05	Karolyn Soledad Saavadera Correia	20	Integral	
06	Lara Pelhus Gomes Claudino	20	Integral	
07	Misia Maria Rocha Pires	20	Integral	
08	Vanessa Ferreira de Almeida Resende	20h	Integral	

Goiânia, 02 de março de 2017.

RECEBEMOS

Em, 06/03/17
Genêro

Assinatura e carimbo do (a) Diretor (a) da Unidade/Órgão

Profa. Dra. Dilamar Candida Martins
Diretora do Museu Antropológico/UFG
Matrícula SIAPE 0298781

Campus Samambaia – Prédio da Reitoria
Caixa Postal 131
74001-970 Goiânia-GO – Brasil

Fone: 62 3521-1070
Fax: 62 3521-1162
www.prograd.ufg.br
E-mail: prograd@prograd.ufg.br

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

_____, ____ de ____ 2017.
Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

(assinatura, carimbo e nº registro profissional)

UFG

_____, ____ de ____ 2017

Local e data

Supervisor (Concedente)
(assinatura, carimbo e n° registro profissional)

