|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo****Coordenadoria de Extensão****IFSP SALTO** |  |

|  |
| --- |
| **TERMO DE RESCISÃO DE TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO** |

|  |
| --- |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** |
|  |
| **Instituição:** INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SÃO PAULO / IFSP – *Campus* Salto **(doravante denominada IFSP)** |
| **Endereço:** Rua Rio Branco n° 1780 – Vila Teixeira – Salto – SP – CEP: 13.320-271 |
| **Fone**: (11) 4602-9199 | **CNPJ:** 10.882.594/0012-18 |
| **Representado pelo** diretor geral Edilson Aparecido Bueno, nomeado pela Portaria nº 2.454 publicada no Diário Oficial da União de 09 de abril de 2021. |

|  |
| --- |
| **UNIDADE CONCEDENTE** |
|  |  |
| Razão Social: .......................................................................... | (doravante denominada CONCEDENTE) |
| CNPJ: ..................................... | Insc. Estadual: .................................. |
| Telefone: (..) ...... - ...... |  |
| Endereço: ....................................................................................... |
| CEP: ......................... | Bairro: .............................. | Cidade: ........................... | Estado: .................. |
| Representante Legal: ............................................................................ |  |
| Cargo: .................................... | e-mail: ................................................ |
| Nome do supervisor de estágio: ............................................ |  |
| Formação acadêmica: ....................................... | e-mail: ................................................. |
| Registro Profissional nº: ........................... | Órgão: ................ |

|  |
| --- |
| **ESTAGIÁRIO** |
| Nome: ......................................................... | (doravante denominado ESTAGIÁRIO) |
| Curso: ............................................................. | Prontuário: ................. |
| RG n°: ........................ | CPF: ............................... |  |
| Endereço: ................................................................................... |
| CEP: ..................... | Bairro: ................... | Cidade: .................. | Estado: ........... |
| Fone: (..) ..... - ..... | Cel.: (..) ..... - ...... | E-mail: .............................................. |
| Portador de Deficiência ( ) SIM ( ) NÃO |

De acordo com a informação notificada pelo(a):

( ) Unidade Concedente

( ) Estagiário(a)

( ) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

A partir de .. / .. / ...., encerra-se o Termo de Compromisso de Estágio e/ou Termo Aditivo (último), firmado inicialmente para o período de ... / ... / ...... a .... / .... / ... entre as partes supracitadas,nos termos do que dispõem a Lei nº 11.788/08 e o Regulamento de Estágio do IFSP.

Fica eleito o Foro da Seção Judiciária de São Paulo da Justiça Federal da 3ª Região com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas que se originarem desta Rescisão.

E 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.

 Salto, .. de ............... de 20.. .

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: ..................................................UNIDADE CONCEDENTE Representante legal |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: ............................................. ESTAGIÁRIO | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: ..........................................................Responsável legal pelo menor estagiário |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São PauloCampus Salto |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TestemunhaNome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TestemunhaNome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |