**TERMO DE RESCISÃO DE ESTÁGIO**

*Os itens que tiverem observações em vermelho deverão ser editados e, antes da impressão, as observações deverão ser excluídas do documento.*

A Unidade Concedente de estágio *(razão social da unidade concedente de estágio)*, neste ato representada por *(nome e cargo do representante legal da concedente de estágio)* e o(a) estagiário(a) *(nome completo)*, matrícula *(no. de matrícula****)***, estudante do curso de (curso, turno), com a interveniência obrigatória do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID), da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, **RESCINDEM**, na data de (dia/mês/ano), o Termo de Compromisso de Estágio firmado pelas partes de acordo com as informações abaixo:

**Iniciativa:**

[ ] Por iniciativa do estagiário;

[ ] Por iniciativa da Unidade Concedente;

[ ] Por iniciativa da Instituição de Ensino.

**Motivo:**

[ ] Formalização de contrato de trabalho entre o estagiário e a Unidade Concedente;

[ ] Alteração na situação acadêmica do estudante junto à Instituição de Ensino, implicando em irregularidades na sua condição de estagiário;

[ ] Abandono do campo de estágio;

[ ] Outros ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordenação de Estágio do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID | Identificação da CONCEDENTE, carimbo e assinatura | Identificação do ESTAGIÁRIO |