



UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO RURAL – IDR
CURSO DE AGRONOMIA
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

TERMO DE RESCISÃO DE ESTÁGIO

Firmam o presente Termo de Rescisão o ESTAGIÁRIO, a(o) CONCEDENTE e a INSTITUIÇÃO DE ENSINO, todos abaixo identificados, conforme estabelecido nos termos da Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008:

INSTITUIÇÃO DE ENSINO	
Nome: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira - UNILAB	CNPJ:
Representante legal:	Cargo:
Email:	Telefone:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:
ESTAGIÁRIO(A)	
Nome:	
Curso:	
Matrícula:	CPF:
Email:	Telefone:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:
CONCEDENTE	
Nome:	CNPJ:
Representante Legal:	Cargo:
Email:	Telefone:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:

O Termo de Compromisso de Estágio e seus aditivos, celebrado entre as partes, fica rescindido em ____/____/____. Por estarem assim ajustadas e compromissadas, as partes assinam o presente instrumento em 3 (três) vias.

ESTAGIÁRIO(A)

Nome da Concedente
Nome do representante legal e cargo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB

Redenção/Ce de

de

