**ANEXO IV**

**Universidade Federal Fluminense**

**Programa de Estágio Interno 2020**

**Ata Final do Processo de Seleção para Estágio Interno Não Obrigatório**

Este documento será encaminhado em formato PDF para a Divisão de Estágio através de formulário eletrônico.

Nome do Setor de Estágio:

Órgão de Vinculação:

Responsável pelo Setor de Estágio:

Supervisor de Estágio:

Perfil do Candidato:

Nº de vagas disponíveis:

1. **Cronograma do Processo Seletivo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ações | Previsto no Edital | Período Efetivo |
| 1. Publicação do Edital
 |  |  |
| 1. Inscrição dos candidatos
 |  |  |
| 1. Seleção dos candidatos
 |  |  |
| 1. Divulgação dos Resultados
 |  |  |
| 1. Apresentação de Recurso
 |  |  |
| 1. Resultado do Recurso
 |  |  |
| 1. Assinatura da documentação
 |  |  |
| 1. Início da atividade do estagiário
 |  |  |

1. **Instrumentos de Avaliação**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instrumento de Avaliação (MA) | Critérios | Pontuação |
| Carta de Intenção(obrigatório) |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Instrumento de Avaliação 2 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Instrumento de Avaliação 3(se houver) |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | TOTAL |  |

1. **Examinadores**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | SIAPE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. Tabela de Quantitativos**

|  |  |
| --- | --- |
|  | QUANTITATIVO |
| Candidato(s) INSCRITO(S) no processo seletivo |  |
| Candidato(s) AUSENTE(S) |  |
| Candidato(s) PRESENTE(S) |  |
| Candidato(s) REPROVADO(S) |  |
| Candidato(s) REPROVADO(S) que apresentaram declaração de ação afirmativa |  |
| Candidato(s) REPROVADO(S) que apresentaram Termo de Autodeclaração de Cor/Etnia |  |
| Candidato(s) REPROVADO(S) portadores de deficiência |  |
| Candidato(s) APROVADO(S) |  |
| Candidato(s) APROVADO(S) que apresentaram declaração de ação afirmativa |  |
| Candidato(s) APROVADO(S) que apresentaram Termo de Autodeclaração de Cor/Etnia |  |
| Candidato(s) APROVADO(S) portadores de deficiência |  |
| Candidato(s) CLASSIFICADO(S)  |  |
| Candidato(s) CLASSIFICADO(S) que apresentaram declaração de ação afirmativa |  |
| Candidato(s) CLASSIFICADO(S) que apresentaram Termo de Autodeclaração de Cor/Etnia |  |
| Candidato(s) CLASSIFICADO(S) portadores de deficiência |  |

Niterói, de de 2020

Nome completo e assinatura do Responsável pelo Setor Concedente

Nome completo e assinatura do examinador

Nome completo e assinatura do examinador