****

(PAPEL TIMBRADO DA ORGANIZAÇÃO CONCEDENTE
Após inserir o logo da empresa deletar essa mensagem)

**RESCISÃO DE ESTÁGIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Unidade Concedente:**  |       |
| **CNPJ:** |       |
| **Ramo de** | [ ] Indústria [ ] Comércio [ ]  Prestação de Serviços |
| **Atividade:** |       |
| **Especificar:** |       |
| **Endereço:** |       | **N°**       |
| **Bairro:** |       | **CEP:**       |
| **Cidade/UF:** |       | **Tel.:**      |
| **Representado por:** |       |
|  |  |
| **Estagiário(a):** |       | **R.G.:**       | **Código:**       |
| **Curso:**  |       | **Semestre:**       | **Período:**       |
| **Endereço:** |       | **N°**       |
| **Bairro:** |       | **CEP:**       |
| **Cidade/UF:** |       | **Tel.:**      |

 Termo de Compromisso que entre si celebram o ESTAGIÁRIO e a UNIDADE CONCEDENTE, com a interveniência do Centro Universitário Municipal de Franca Uni-FACEF, inscrito no CNPJ sob o nº 47.987.136/0001-09, sediado na Avenida Major Nicácio, 2433, Bairro São José, Franca – SP, CEP 14401-135. Neste ato representado pelo seu Reitor, Prof. Dr. JOSÉ ALFREDO DE PÁDUA GUERRA com fundamento na Lei nº 11.788/2008 e de acordo com as seguintes condições:

**Cláusula primeira – Identificação das partes**

**Cláusula segunda – Rescisão do estágio**

Rescindimos o Termo de Compromisso de Estágio assinado em      /     /     , entre a UNIDADE CONCEDENTE e o (a) ESTAGIÁRIO (a), para o período compreendido entre      /     /     , a      /     /     , rescindido em      /     /     , por iniciativa do(a): [ ]  Empresa [ ]  Estagiário [ ]  Universidade

Assim, devidamente compromissadas e acompanhadas pela INTERVENIENTE, as partes assinam a presente rescisão em três vias de igual teor e forma para um só efeito, cumprindo as cláusulas do Termo de Compromisso de Estágio e atendendo a legislação vigente.

Franca,       de       de      .

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Centro Universitário Municipal de FrancaUni-FACEF |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unidade Concedente(Apor carimbo do profissional – apagar esta mensagem antes de imprimir!) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estudante / Estagiário |