

Informações Gerais do Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório

1- Identificação:

Estagiário(a): _____

Matrícula: _____ Curso: _____

2- Local ou locais de realização do estágio, especificar carga horária de cada local.

3- Avaliação do Professor Supervisor ou Preceptor do UCL.

() Aprovado (a) () Reprovado (a).

Rio de Janeiro,de.....de.....

Supervisor do Estágio

Carimbo e Assinatura

Ficha de Avaliação do(a) Estagiário(a) Unidade Concedente

Estagiário(a): _____ Matrícula: _____

Unidade Concedente: _____

Duração do Estágio: ___/___/___ a ___/___/___.

Carga horária total: _____ horas.

AÇÕES	A	B	C	D
Apresentou conhecimentos demonstrados na realização de tarefas desenvolvidas no estágio.				
Demonstra capacidade de procurar soluções sem prévia orientação, dentro dos padrões adequados a cada situação de trabalho.				
Possui clareza, precisão e eficiência nas várias formas de comunicação.				
Tem pontualidade, interesse e motivação no desempenho das atividades.				
Evidencia controle emocional em situações inesperadas ou difíceis e coerência de atividades nas manifestações afetivas e comportamentais.				
Busca, junto a outras pessoas, contribuir para o alcance de um objetivo comum.				
Procura viabilizar instruções do supervisor, normas e regulamentos com bom resultado.				
Comportamento ético adequado à prática profissional nas atividades desenvolvidas.				
Atingiu os objetivos propostos para a realização do estágio.				
Nível de conhecimento teórico relativo as atividades do estágio.				

A – Excelente (1,00) B – Bom (0,75) C – Regular (0,50) D – Deficiente (0,25)

Rio de Janeiro,.....de.....de.....

Supervisor / Preceptor de estágio / Unidade concedente

Assinatura e Carimbo

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CELSO LISBOA (UCL)
CURSO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA (SPA)
ESTÁGIO SUPERVISIONADO
ATIVIDADES**

Nome do supervisor: _____

CRP: _____

Nome do estagiário: _____

Matrícula: _____

Semestre/Ano do estágio no SPA: _____ Total de horas: _____

1. Atividades desenvolvidas no decorrer do estágio (X):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Supervisão clínica | <input type="checkbox"/> Jornadas ou Seminários |
| <input type="checkbox"/> Atendimentos | <input type="checkbox"/> Oficinas |
| <input type="checkbox"/> Leituras | <input type="checkbox"/> Triagem ou Entrevistas |
| <input type="checkbox"/> Produção de prontuários ou relatórios | <input type="checkbox"/> Plantão |
| <input type="checkbox"/> Outros (especificar) | |

2. Critérios de avaliação (0-10):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pontualidade e Motivação | <input type="checkbox"/> Participação nas atividades da supervisão |
| <input type="checkbox"/> Domínio técnico e teórico | <input type="checkbox"/> Responsabilidade nos atendimentos |
| <input type="checkbox"/> Atitude ética | <input type="checkbox"/> _____ |

3. Avaliação final do supervisor:

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Aprovado | <input type="checkbox"/> Reprovado | Nota final: _____ |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------|

4. Observações:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Supervisor / Preceptor de estágio / Unidade concedente

CRP: _____

**CENTRO UNIVERSITÁRIO CELSO LISBOA (UCL)
CURSO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA (SPA)
ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

(Modelo)

Declaração de conclusão do Estágio Supervisionado Curricular

Declaro, para fins de comprovação de Estágio Supervisionado Curricular, que o (a) Estagiário (a) _____ matriculado (a) sob o nº _____ do Curso de Psicologia do Centro Universitário Celso Lisboa, cumpriu _____ (_____) horas de estágio no período de ____/____/____ a ____/____/____, neste estabelecimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Supervisor(a) da Unidade Concedente

CRP: _____

Coordenadora do Serviço de Psicologia Aplicada (UCL)

CRP: _____

**Atenção: Apagar todas as palavras em vermelho.
Todo o corpo da declaração deverá ser digitado e o papel deverá ser timbrado da unidade concedente do Estágio.**

SPA - Serviço de Psicologia Aplicada - Frequência de Estágio

Data	Hora de Entrada	Hora de Saída	Rubrica do Estagiário	Tipo de Atendimento/ Observação	Rubrica do Supervisor
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

28					
29					
30					
31					

Estagiário(a): _____ Mês _____ Supervisor: _____ CRP: _____