

**Serviço Público Federal
Instituto Federal de Alagoas - *Campus* Maceió
Diretoria de Extensão, Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação
Coordenação de Relações Empresariais e Egressos - CREE**

TERMO DE RESCISÃO

ESTAGIÁRIO(A)

Nome Completo:			
CPF:		Matrícula:	
E-mail: para contato		Telefone: para contato	
Curso:		Modalidade:	
Nome do responsável legal: Para menores de idade			

Solicita a rescisão do seu **Termo de Compromisso de Estágio (TCE)**, iniciado em _____, com término previsto em _____, na empresa _____, por motivo de _____.

Data da Rescisão: _____

_____, em _____ de _____ de _____.

CAIO MELO LANDEOSI
Coordenador de Relações Empresariais e Egressos
IFAL - *Campus* Maceió