



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO

DESLIGAMENTO DE ESTAGIÁRIO	
Senhora Coordenadora de Informações Funcionais, Solicito o desligamento do estagiário abaixo indicado conforme se segue:	
Nome:	Código:
Curso:	
Lotação:	Ramal:
Supervisor:	

Desligamento (Art. 20 do ATO.CIF.DILEP.SEGPES.GDGSET.GP N° 215/2015)			
Data do desligamento ⁽¹⁾ :			
(1) À exceção dos motivos “término do prazo” e “conclusão do curso”, a data de desligamento corresponde ao último dia que o estagiário desempenhou suas atividades.			
Motivo do desligamento			
<input type="checkbox"/> Término do Prazo	<input type="checkbox"/> Interesse e conveniência	<input type="checkbox"/> Conclusão do curso	<input type="checkbox"/> Interrupção do curso
<input type="checkbox"/> Abandono ⁽²⁾ (Ausência não justificada durante 3 dias consecutivos ou 5 intercalados no período de 1 mês)	<input type="checkbox"/> Descumprimento, pelo estagiário, de qualquer cláusula do Termo de Compromisso de Estágio ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Conduta incompatível com a exigida pelo Tribunal ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Não apresentação da declaração de escolaridade
<input type="checkbox"/> Não devolução do Termo Aditivo de renovação de estágio, assinado pela instituição de ensino e pelo estudante, até 10 dias após a data prevista para o término do contrato em vigor		<input type="checkbox"/> A pedido do estagiário (assinar)	
		_____ Assinatura do estagiário	
(2) Não será concedido novo estágio ao estudante que tenha sido desligado por esses motivos.			

Indenização do recesso não usufruído (§ 5º do Art. 19 do ATO.CIF.DILEP.SEGPES.GDGSET.GP N° 215/2015)	
<input type="checkbox"/> Em virtude do desligamento do estagiário antes do prazo previsto, solicito o pagamento proporcional referente ao recesso não usufruído.	
_____ Carimbo e assinatura do(a) Chefe da Unidade	

Brasília, _____ de _____ de _____.
_____ Carimbo e assinatura do(a) Chefe da Unidade

- Observação: este formulário deverá ser entregue na Coordenadoria de Informações Funcionais (bloco A, 3º andar, sala 339), **JUNTAMENTE COM O CRACHÁ DO ESTAGIÁRIO.**

Reservado à SEBEN	
<input type="checkbox"/> Crachá devolvido	<input type="checkbox"/> Crachá não devolvido
Responsável pelo recebimento: _____	Cód. _____