

**TERMO ADITIVO**

Aos \_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_, na cidade de Piracicaba, neste ato, as partes a seguir nomeadas:

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

Razão Social: INST. FED. EDUC. CIÊNCIA E TECNOLOGIA SÃO PAULO – IFSP/CAMPUS PIRACICABA,

Endereço: Rua Diacono Jair de Oliveira, 1005; Bairro: Santa Rosa; CEP:13414-155, Piracicaba/SP; Fone: 34122710; CNPJ:10.882.594/0016-41.

Representada por: AGUINALDO LUIZ B. LORANDI, DIRETOR GERAL.

**CONCEDENTE**

Razão Social:

Endereço:

CNPJ:

Representada por: Cargo:

Supervisor:

**ESTAGIÁRIO**

Nome:

Endereço:

Regularmente matriculado no Curso de:

CPF:

Celebram entre si o aditamente ao TERMO DE COMPROMISSO DE ESTÁGIO, firmado entre a Unidade Concedente, o Estágiário e a Instituição de Ensino, acima qualificados, ficando alterado as seguintes condições do estágio inicialmente estabelecidas no referido TERMO:

**Vigência até \_\_/\_\_/\_\_ do período inicialmente estabelecido de \_\_/\_\_/\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de Ensino Concedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estagiário