**TERMO DE RESCISÃO DE COMPROMISSO**

**Estágio Obrigatório – UFU Concedente / Hospital de Clínicas**

Pelo presente instrumento, a Universidade Federal de Uberlândia, com fundamento no Termo de Compromisso firmado, rescinde em comum acordo entre as partes em      , o que foi avençado com o(a) estagiário(a) (Nome Completo), CPF nº      , Documento de Identidade nº      , oriundo da Instituição de Ensino      , tendo realizado o estágio no(a) (Informar Local).

Neste ato, dá-se mútua e total quitação sobre quaisquer ônus que possam ou venham a existir sobre o que foi acordado no Termo de Compromisso, para nada mais reclamarem a qualquer tempo e qualquer título, judicial ou extrajudicial.

     ,

(Local e data)

Atenciosamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Supervisor(a) de Estágio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estagiário(a)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Universidade Federal de Uberlândia**  Assinatura do Representante Legal  Setor de Estágio/DIREN/PROGRAD | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Instituição de Ensino de Origem**  Assinatura do Representante Legal |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Diretor Acadêmico**  do Hospital de Clínicas/UFU  (não encaminhar sem esta assinatura) | |