



## ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

### Equipe de trabalho

<b>Nome</b>	<b>Matrícula</b>
<b>Lotação</b>	
<b>Nome do Estagiário Acompanhado</b>	<b>Matrícula</b>

### O que você achou do PROJETO MP INCLUSIVO?

- ( ) Excelente
  - ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Insatisfatório
- A equipe sugere alguma alteração para a melhoria do projeto?

### Como foi o ingresso do(a) estagiário(a)?

- ( ) Excelente
  - ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Insatisfatório
- Resposta:

O Supervisor se reuniu previamente com a equipe para comunicar a chegada do estagiário do projeto? Sim

### Como está sendo o convívio com o (a) estagiário (a)?

- ( ) Excelente
  - ( ) Muito bom
  - ( ) Bom
  - ( ) Regular
  - ( ) Insatisfatório
- Resposta:



## ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

**Como a equipe avalia a comunicação com o(a) estagiário(a)?**

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Insatisfatório

Resposta:

**O(a) estagiário(a) apresentou dificuldades em desempenhar alguma das tarefas propostas?**

- Sim
- Não

Caso afirmativo, quais são as tarefas que o (a) estagiário (a) apresentou dificuldades em desempenhar?

**A equipe considera que as funções designadas para o estagiário(a) são adequadas?**

- Sim
- Não

Se a resposta for “não”, a equipe sugere alguma alteração?

**A equipe considera as condições oferecidas ao estagiário (a) (mobiliário, adaptações físicas, softwares, equipamentos, etc) adequadas?**

- Sim
- Não

Se a resposta for “não”, a equipe sugere alguma alteração?



## ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

**A equipe gostaria de fazer alguma observação sobre a postura do (a) estagiário(a)?**

**Resposta:**

### **OUTRAS OBSERVAÇÕES**

### **E-mail dos componentes da equipe**

**Responsável pela Visita**

**Data**