



**ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO
ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA**

SUPERVISOR

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Nome | Matrícula |
| | |
| Lotação | |
| | |
| Nome do Estagiário Acompanhado | Matrícula |
| | |

O que você achou do PROJETO MP INCLUSIVO?

- Excelente
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Insatisfatório
- Sugere alguma alteração para a melhoria do projeto?

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

- Excelente
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Insatisfatório
- Resposta:

Você se reuniu previamente com a sua equipe para comunicar a chegada do estagiário do projeto?

- Sim
 Não
- Resposta:



ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

Como foi a recepção do(a) estagiário(a) pela equipe?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Regular
- Insatisfatório

Resposta:

Como você avalia a comunicação do(a) estagiário(a) com a equipe?

- 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?

Há rodizio de tarefas entre os estagiários?

- Sim
- Não

Resposta: Realizam a mesma tarefa. A outra estagiária está também no segundo período. É deficiente física.



ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

Você considera que as funções que foram designadas para o estagiário(a) são adequadas?

Sim

Não

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

Você percebeu algum ponto em que o(a) estagiário(a) precisa melhorar?

Sim

Não

Se a resposta for “sim”, quais são os pontos que o(a) estagiário(a) precisa melhorar?

Você gostaria de fazer alguma observação sobre a postura do(a) estagiário(a)?

OUTRAS OBSERVAÇÕES



ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO
ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

E-mail dos componentes da equipe

Responsável pela Visita

Data