**TERMO DE RESPONSABILIDADE - REPRESENTANTE LEGAL DA PARTE CONCEDENTE**

Eu, **(NOME COMPLETO SEM ABREVIATURAS)**, portador do CPF nº. **XXX.XXX.XXX-XX**, e RG nº. **XX.XXX.XXX-X**, residente e domiciliado na cidade de **(NOME CIDADE)**, a **(LOGRADOURO DO ENDEREÇO RESIDENCIAL, Nº DA RESIDÊNCIA, BAIRRO)**, DECLARO para os devidos fins que sou parte integrante para a execução do Estágio Supervisionado (Obrigatório e não-Obrigatório) do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo - IFSP, Câmpus \_\_\_\_\_\_\_, na qualidade de **REPRESENTANTE LEGAL DA PARTE CONCEDENTE**.

Declaro ter conhecimento e concordar com as regulamentações para a realização de estágios do IFSP, a saber, Portaria IFSP n° 1.204, de 11 de maio de 2011 (Regulamento de Estágio do IFSP), e Resolução IFSP n°. 19, de 14 de maio de 2019 (Diretrizes do Estágio das Licenciaturas) e demais regulamentações que venham a ser publicadas.

Declaro ter ciência das obrigações da **CONCEDENTE** conforme descrito na Portaria IFSP n°. 1.204, de 11 de maio de 2011, que em seu Art. 8°:

1. Celebrar, previamente ou anteriormente à data de início do estágio, Termo de Compromisso com o IFSP e o educando, zelando por seu cumprimento; (...)
2. Indicar funcionário de seu quadro de pessoal como Supervisor de Estágio, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para supervisionar e acompanhar as atividades do estágio, limitado a até dez estagiários, simultaneamente, por supervisor; (...)
3. Por ocasião do desligamento do estagiário, entregar o Termo de realização de estágio, com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;
4. Manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;
5. Aprovar o Plano de Atividades do Estágio e dar ciência nos relatórios de atividades do estagiário a serem encaminhados ao IFSP para avaliação do Professor Orientador.

Tenho ciência que prestarei o serviço na(s) PARTE(S) CONCEDENTE(S) de estágio, onde exerço minha atividade profissional remunerada, ficando autorizado meu acesso e assinatura digital aos documentos comprobatórios por meio do Sistema Unificado da Administração Pública (SUAP) do IFSP, por senha própria ou token, em consonância com as atividades estabelecidas no Termo de Compromisso de Estágio e no Plano de Atividades. Asseguro que serei responsável pelo acesso ao SUAP ou à plataforma adotada para o acompanhamento dos estágios, a fim de realizar as assinaturas correspondentes à ciência dos documentos norteadores e avaliativos da formalização e realização dos estágios, podendo responder civil e criminalmente pelas informações neles contidas. Comprometo-me a manter sigilo quanto a todas as informações contidas nos documentos e sobre seus participantes (em especial os dados cadastrais em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados). Serei idôneo na assinatura digital via SUAP, visto que a mesma está vinculada à documentação comprobatória da carga horária e avaliação do Estágio.

* 1. Declaro, ainda, que o serviço será realizado de forma espontânea, sem percebimento de contraprestação financeira ou de qualquer remuneração e não gerará vínculo empregatício com o **IFSP**, nem obrigações de natureza trabalhista, previdenciária ou afins.

Sem mais para o momento, dato e assino a presente Declaração, anexando a cópia legível de um documento de identificação com foto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **XX** de **XXXXXXX** de 20**XX**.

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

Nome Completo e Assinatura

(carimbo, se possuir)