**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

A (razão social da concedente ou nome completo), inscrita no CNPJ/CPF sob o nº (informar), com sede à (endereço), por meio de seu(sua) representante legal (nome), inscrito(a) no CPF sob o nº (informar), na condição de concedente de estágio curricular supervisionado do(a) discente (nome do(a) estagiário(a)), matrícula nº (informar), matriculado(a) no curso de (informar) da Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA, declara para os devidos fins que o estágio está se desenvolvendo na modalidade de trabalho presencial, com o desenvolvimento pelo(a) estagiário(a) das seguintes atividades: (especifique as atividades realizadas pelo(a) estagiário no período do estágio).

As atividades mencionadas são necessárias para a empresa e contribuirão de forma significativa para o desenvolvimento de competências e habilidades características da área de formação do(a) estagiário(a), sendo garantidas condições de segurança, equipamento de proteção individual (EPI) necessário, além de capacitação e treinamento das medidas de prevenção à COVID-19.

(município) - (UF), (dia) de (mês) de (ano).

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

(Informar nome do Estagiário)

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

(Informar nome do Representante Legal)