



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO  
CAMPUS CABO DE SANTO AGOSTINHO  
DIVISÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO (DPEX)  
COORDENAÇÃO DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS, ESTÁGIOS E EGRESSOS (CREE)

---

ANEXO VI  
FORMULÁRIOS RELATIVOS AO EFETIVO EXERCÍCIO PROFISSIONAL – PPO

---

SOLICITAÇÃO DE VALIDAÇÃO DE EFETIVO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

À  
COORDENAÇÃO DE RELAÇÕES EMPRESARIAIS, ESTÁGIOS E EGRESSOS (CREE)

Eu, \_\_\_\_\_, matrícula nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, estudante do Curso Técnico em \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar validação de efetivo exercício profissional, para fins de cumprimento da Prática Profissional.

Neste ato, estou apresentando a seguinte documentação exigida:

**I) PARA ESTUDANTE EMPREGADO:**

( ) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS (das páginas que têm a foto, a identificação do(a) portador(a) e a correspondente ao registro da empresa empregadora) ou Declaração de Vínculo, no caso de servidor(a) público(a);

( ) Declaração Funcional emitida pela Unidade de Gestão de Pessoas da empresa empregadora, contendo as atribuições do cargo do(a) estudante.

**II) PARA ESTUDANTE SÓCIO(A) DE EMPRESA:**

( ) Cópia do Contrato Social da empresa e 03 (três) Declarações de Clientes comprovando os serviços prestados pelo(a) empresa.

**III) PARA ESTUDANTE QUE ATUA COMO PROFISSIONAL AUTÔNOMO(A):**

( ) Comprovante de Contribuição para o INSS ou Apólice de Seguro Contra Acidentes Pessoais;

( ) 03 (três) Declarações de Clientes comprovando os serviços prestados pelo(a) estudante no seu exercício profissional.

Obs.: Estou ciente de que, uma vez aprovada esta solicitação, o prazo para entrega do relatório é de, até, 60 (sessenta) dias, a contar da data de recebimento da autorização via e-mail encaminhada pela CREE.

Cabo de Santo Agostinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Estudante

**TIMBRE DA EMPRESA**

**Ao**

**IFPE – Campus Cabo de Santo Agostinho**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que o(a) funcionário(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_, é funcionário(a) da **NOME DA EMPRESA**, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, exercendo as seguintes atividades:

- 1)
- 2)
- 3)

Local/PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Nome Completo e Assinatura do Chefe Imediato**

Cargo ocupado: \_\_\_\_\_

(com carimbo da Empresa)