



ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

ESTAGIÁRIO

Nome	Matrícula
Tipo de deficiência	
Nome do Supervisor	

O que você achou do PROJETO MP INCLUSIVO?

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

O que você achou das primeiras semanas de estágio?

- Excelente
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Insatisfatório
- Resposta:

Quais atividades você desempenha?

Você se sente bem aproveitado dentro das suas potencialidades?

- Sim
 Não
- Resposta:



ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA

Você tem todos os materiais que precisa para trabalhar?

- Sim
 Não

Se a resposta for “não”, tem mais algum material de que você precisa para trabalhar?

Como foi a sua recepção pela equipe de trabalho?

- Excelente
 Muito bom
 Bom
 Regular
 Insatisfatório

Resposta:

Tem algum colega de referência que mais te ajudou?

- Sim
 Não

Se a resposta for “sim”, quem é seu colega de referência?

Você considera o seu ambiente de trabalho acessível?

- Sim
 Não

Se a resposta for “não”, quais são as adaptações necessárias para tornar o ambiente de trabalho mais acessível?



**ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO DO
ESTAGIÁRIO COM DEFICIÊNCIA**

Você teve alguma dificuldade?

- Sim
 Não

O que você aprendeu até agora com essa experiência de estágio?

Resposta:

OBSERVAÇÕES

Responsável pela Visita

Data