ANEXO 4

GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE

AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE DESEMPENHO

PLANO DE APERFEIÇOAMENTO – FORMULÁRIO 4

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

1- Preencher corretamente, sem rasuras e com clareza os Dados de Identificação;
2- Considerando os registros efetuados pela auto-avaliação do servidor e pela equipe de avaliadores, registre as recomendações relativas ao atendimento das necessidades de melhoria de desempenho e do desenvolvimento profissional do servidor avaliado.
3- Ao terminar de preencher, não esqueça de assinar e colher a assinatura do servidor avaliado.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

SERVIDOR AVALIADO:	MATRÍCULA Nº:
CARGO EFETIVO:	DATA DE ADMISSÃO (DIA/MÊS/ANO):
CARGO EM COMISSÃO (NOME E SÍMBOLO):	
UNIDADE ADMINISTRATIVA:	
NOME DA CHEFIA IMEDIATA:	
CARGO DA CHEFIA IMEDIATA:	
INTERSTÍCIO AVALIATÓRIO: ___/___/___ A ___/___/___	

Preencher as alternativas/ recomendações propostas para o servidor:

( ) Capacitação: [ ] visita técnica. Onde? Quando? Porquê?
[ ] participação em cursos. Quais?
[ ] treinamento em serviço. Como?

( ) Atendimento personalizado: [ ] psicosocial. Objetivo?
[ ] médico. Objetivo?

( ) Movimentação: [ ] remoção. Motivo?
[ ] readaptação. Motivo?

( ) Outras recomendações. Especificar:

Data do acompanhamento:	Ciente Servidor:	Ass. Chefia Imediata:
___/___/___		