**SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA**

|  |
| --- |
| Solicitante da avaliação: Servidor Chefia |

**DADOS DO SERVIDOR**

|  |
| --- |
| Nome civil ou social: |
| Matrícula SIAPE: | Lotação: | Chefia Imediata: |
| Jornada semanal de trabalho:  | Horário de trabalho: |
| Endereço: | Complemento: |
| Cidade: | Bairro: | CEP: |
| Telefones: | Email: |

**1 – Quais os motivos da solicitação de avaliação da capacidade laborativa e há quanto tempo eles existem?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**2 – Descreva quais atividades o servidor desempenha e anexe o Plano de Trabalho atualizado.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura do Servidor** | **E** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Assinatura da Chefia** |