



REQUERIMENTO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Ao Setor de Recursos Humanos,

Eu, _____, servidor público, cargo _____, lotado no Setor/Unidade _____ da Secretaria Municipal de Saúde, solicito a exclusão dos servidores conforme segue:

() Avaliações Liberadas (colegas de trabalho)

Motivo: _____

Nome: _____ Período avaliativo: ___/___/___ a ___/___/___

Nome: _____ Período avaliativo: ___/___/___ a ___/___/___

() Avaliações Pendentes (avaliadores - colegas de trabalho)

Motivo: _____

Nome: _____ Período avaliativo: ___/___/___ a ___/___/___

Nome: _____ Período avaliativo: ___/___/___ a ___/___/___

Brusque, ___/___/2019.

Servidor