AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO OU RECURSO HIERÁRQUICO

Servidor:		
Masp:	Cargo:	Adm:
Unidade de Exercício:		SRE:
Período avaliatório: ____/____/_____ a ____/____/_____ Data da notificação: ____/____/_____ Resultado Avaliação de Desempenho: _____ pontos Pontuação pretendida: _____ pontos		

( ) Pedido de Reconsideração à Comissão de Avaliação (AED ou ADI)

( ) Recurso Hierárquico ao titular da Secretaria de Estado de Educação (somente ADI)

( ) Recurso Hierárquico à Comissão de Recursos da SRE (somente AED/nota)

Documentos anexados:

A argumentação do servidor deverá ser feita por critério.

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO OU RECURSO HIERÁRQUICO

Data: ____/____/_____ Assinatura:
_____