

ESTADO DE SANTA CATARINA **RECURSO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO PARCIAL DE DESEMPENHO NO ESTÁGIO PROBATÓRIO**

|  |
| --- |
| DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE |

**SERVIDOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS CADASTRAIS E FUNCIONAIS | | |
| CPF | | MATRÍCULA - DÍGITO VERIFICADOR - VÍNCULO        -   - |
| NOME SOCIAL | | |
| NOME | | |
| CARGO | | |
| LOTAÇÃO | | |
| NOME DO AVALIADOR | | |
| PERÍODO    /  /     A   /  / | ETAPA DA AVALIAÇÃO | |
| **O PRAZO PARA RECORRER É DE 15 (QUINZE) DIAS ÚTEIS A CONTAR DA DATA DE CIÊNCIA DA AVALIAÇÃO.** | | |
| RAZÕES DO RECURSO | | |
| PREZADO(A) GESTOR(A),  VENHO, POR MEIO DESTE FORMULÁRIO, RESPEITOSAMENTE, REGISTRAR MINHA DISCORDÂNCIA DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO PARCIAL DE AVALIAÇÃO ESPECIAL DE DESEMPENHO NO ESTÁGIO PROBATÓRIO E APRESENTO PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA NO INDICADOR       PELOS FUNDAMENTOS QUE PASSO A APRESENTAR: | | |
| FUNDAMENTAÇÃO: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA  **/    /** | ASSINATURA DO SERVIDOR \* Em processos digitais é obrigatória a assinatura eletrônica ou digital pelo SGPe |

MLR-XXX