

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