



FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
RioClaro

**B) FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO
AVALIAÇÃO PERIÓDICA DE DESEMPENHO
LC 085/2013 – DECRETO 10.594/2016**

Nome do Servidor:	
Matrícula:	Data Admissão:
Cargo:	
Local de Trabalho:	

1) **GRUPO OCUPACIONAL (marcar com x qual grupo pertence)**

() ACS - ACE () GERENCIAL

2) **COMPETÊNCIAS GERAIS (marcar com x a competência e fundamentar)**

() PROFISSIONALISMO () RELACIONAMENTO INTERPESSOAL
() ÉTICA E TRANSPARÊNCIA () COMPROMISSO SÓCIO-AMBIENTAL

Fundamentação:

3) **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS (descrever a competência e fundamentar)**

(I) _____
(II) _____
(III) _____

Fundamentação:

4) **OUTROS:** _____

Fundamentação:

Assinatura do servidor: _____

Data: ____/____/20____