



Prefeitura Municipal de São Gonçalo  
Secretaria Municipal de Administração

### FORMULÁRIO DE PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR		Fl.01/01
Nome:		Unidade de Exercício
Cargo:		
Simbolo:	Matrícula:	Data: ____/____/____
FUNDAMENTAÇÃO		
Assinatura:		Data ____/____/____
Nota 1 – Anexar cópia da Avaliação de Desempenho		
PARECER DO(a) SECRETÁRIO(a) MUNICIPAL		Data ____/____/____
Acompanha a avaliação da Chefia Imediata?		( ) SIM ( ) NÃO <sup>2</sup>
Acompanha a avaliação do Subsecretário?		( ) SIM ( ) NÃO <sup>2</sup>
Nota 2 – Caso negativo, justificar no quadro abaixo e preencher um formulário de avaliação do servidor.		
JUSTIFICATIVA		

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do(a) Secretário(a)