PEDIDO DE RECURSO
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CORPO MÉDICO

Nome do(a) servidor(a):	**Matrícula:**
Cargo:	**Fone/celular:**
Lotação:	

À Comissão Administrativa Permanente,

Solicito a revisão da nota que foi atribuída no ciclo de Avaliação de Desempenho, realizado no período de **07 de agosto a 15 de setembro de 2017**, sob o(s) argumento(s) citado(s) abaixo:

EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS DO REQUERIMENTO:

Nestes termos, peço deferimento.

Recife, __ de _____ de 2017

_____

Assinatura do(a) Servidor(a)