

**FORMULÁRIO DE RECURSO  
CONTRA O RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO PROBATÓRIO**

(Decreto nº 44.226, de 15 de março de 2017)

**À Comissão de Avaliação Especial de Desempenho em Estágio Probatório,**

Nome do(a) servidor(a):		Matrícula:
Cargo:		Data de admissão: ___/___/___
Lotação:		Fone/celular:
Nome da Chefia imediata:	Nome da Direção da Unidade:	
Recurso contra: <input type="checkbox"/> 1ª ETAPA – 10 Meses <input type="checkbox"/> 2ª ETAPA – 20 Meses <input type="checkbox"/> 3ª ETAPA – 30 Meses	Data do recurso: ___/___/___	

EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS DO REQUERIMENTO

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)