# PEDIDO DE RECURSO
# AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CORPO MÉDICO DA UPE

| | |
|---|---|
| **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 **12 de setembro a 25 de setembro de 2023**, sob o(s) argumento(s) citado(s) abaixo:

| **EXPOSIÇÃO DOS MOTIVOS:** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Nestes termos, peço deferimento.

_____, __ de _____ de 2023.

_____

Assinatura do(a) Servidor(a)