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 1**6 de setembro a 27 de setembro de 2024**, sob o(s) argumento(s) citado(s) abaixo:

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

Nestes termos, peço deferimento.

 , de de 2024.

Assinatura do(a) Servidor(a)