**Plano de atividade(s) do Servidor**

Este Plano deve ser preenchido **pela Chefia Imediata logo após o inicio de atividades do servidor a ser avaliado e** tem a finalidade de acompanhar as atividades desenvolvidas pelo servidor em estágio probatório.

|  |
| --- |
| **1. Identificação do servidor técnico-administrativo** |
| **Nome:** | NEFRETIRE DOS SANTOS MOURA |
| **Matrícula SIAPE:** |  | **Data de exercício:** | 29/04/2019 |
| **Cargo:** | TÉCNICA EM ENFERMAGEM |
| **Lotação:** | DSQV |
| **Setor de Trabalho:** | CSST |
| **Acompanhamento:** | ( X ) 6º mês ( ) 18º mês ( ) 30º mês | **29/04/2019 a 28/10/2019** |
| ( ) 12º mês ( ) 24º mês |  |

|  |
| --- |
| **2. Identificação da Chefia Imediata** |
| **Nome:** | PRISCILA MENDES E SILVA |
| **Matrícula SIAPE:** |  |
| **Fone para contato:** |  | **e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **3. Atividades de Acompanhamento** |
| **Quant.** |  |
| 01 |  |
| 02 |  |
| 03 |  |
| 04 |  |
| 05 |  |
| 06 |  |
| 07 |  |
| 08 |  |
| 09 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| **PARECER DE DESEMPENHO** (Fornecido pela Chefia Imediata em presença do Servidor em Estágio Probatório e Tutor). |

 *Verso do Relatório de Atividades*

**4. Ações de melhorias para o Servidor**

|  |
| --- |
| **CONSIDERANDO O PARECER DE DESEMPENHO, CONCLUI-SE QUE O SERVIDOR:** ( ) Necessita participar de ações de capacitação e/ou desenvolvimento. ( ) Não necessita participar de ações de capacitação e/ou desenvolvimento |
| **AÇÃO DE CAPACITAÇÃO RECOMENDADA***: (Indicar nome do curso/treinamento/eventos/outros)* |
| **RESULTADOS ESPERADOS COM A CAPACITAÇÃO:** |

|  |
| --- |
| **Assinaturas** |
| Data: |
| Chefia Imediata | Servidor em Estágio Probatório | Tutor |

*Este formulário deverá ser devolvido à CAC/DRH no prazo de 15 (quinze) dias, antes do término do período de cada etapa de avaliação do servidor, devidamente preenchido e assinado pela Chefia Imediata, Tutor e Servidor em Estágio Probatório.*