**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:** |  |
| **Matrícula SIAPE:** |       | **Data de exercício:** |       |
| **Cargo:** |       |
| **Lotação:** |       |
| **Setor de Trabalho:** |        |
| **Acompanhamento:** | [ ] 6º mês [ ]  18º mês [ ]  30º mês | Período: |
|  | [ ] 12º mês [ ]  24º mês |       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Quant.** | **3. Atividades de Acompanhamento** |
| 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/DDP 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.*