

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO

PEDIDO DE RECURSO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Nome: _____
Matrícula: _____
Cargo: _____
Unidade de Lotação: _____

À
Comissão Administrativa Permanente

Solicito a revisão da nota, que me foi atribuída nos critérios citados abaixo, no ciclo de avaliação de ____/____/____ a ____/____/____, sob os seguintes argumentos:

Nestes Termos, peço deferimento.

Nome/Assinatura

_____, ____ de _____ de 20____
Local/Data