

Avaliação do PTI

Este formulário deverá ser preenchido separadamente e assinado eletronicamente pelo APPGG e pela chefia imediata

<input type="checkbox"/> Auto avaliação		<input type="checkbox"/> Avaliação da Chefia				
Nome:						
E-mail:						
Telefone:						
Órgão ou entidade:						
Unidade interna de atuação						
Vigência do PTI: <i>(data do início do exercício até a entrega do último resultado):</i>						
Data da avaliação: <i>(semestral):</i>						
Resultados previstos ao longo da execução do plano de trabalho, conforme item 5 do PTI.						
Resultado previsto <i>(exatamente da forma como aparece no PTI aprovado)</i>	% e Prazo <i>(mesmos valores do PTI aprovado)</i>	Cumpriu integralmente	Cumpriu parcialmente	Não cumpriu	Indicadores / Meio de verificação	Observações <i>(obrigatório nos casos de não cumprimento ou cumprimento parcial)</i>
	XX % do PTI; XX meses	X				
	XX % do PTI; XX meses		X			