Avaliação do PTI

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

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

Nota total do PTI *Escala: 1 para cumprimento até 20%; 2 entre 20 e 40%; 3 entre 40 e 60%; 4 ente 60 e 80% e; 5 entre 80 e 100%.*		
Assinatura		