

MONITORAMENTO ANUAL DA COMPETÊNCIA DO PESSOAL

LABORATÓRIO _____

Funcionário:

Mantém a competência para exercer as funções? Sim Não

Ações necessárias, caso não mantenha a competência:

Eficácia das ações tomadas:

DATA: __/__/__

Avaliador (Sup. / Ger. Adm.):

DATA: __/__/__ Avaliador (Sup. / Ger. Adm.): Funcionário:

Funcionário:

Mantém a competência para exercer as funções? Sim Não

Ações necessárias, caso não mantenha a competência:

Eficácia das ações tomadas:

DATA: __/__/__

Avaliador (Sup. / Ger. Adm.):

DATA: __/__/__ Avaliador (Sup. / Ger. Adm.): Funcionário:

Funcionário:

Mantém a competência para exercer as funções? Sim Não

Ações necessárias, caso não mantenha a competência:

Eficácia das ações tomadas:

DATA: __/__/__

Avaliador (Sup. / Ger. Adm.):

DATA: __/__/__ Avaliador (Sup. / Ger. Adm.): Funcionário:

Funcionário:

Mantém a competência para exercer as funções? Sim Não

Ações necessárias, caso não mantenha a competência:

Eficácia das ações tomadas:

DATA: __/__/__

Avaliador (Sup. / Ger. Adm.):

DATA: __/__/__ Avaliador (Sup. / Ger. Adm.): Funcionário: