

AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

COLABORADOR
UNIDADE:
NOME:
CARGO:
DEPARTAMENTO:
HORÁRIO:
ADMISSÃO:

FAVOR AVALIAR OS QUESITOS ABAIXO, REFERENTE AO COLABORADOR				
QUESITOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
FALTAS/ATRASOS				
TRABALHO EM EQUIPE				
DESEMPENHO				
INICIATIVA				
RELACIONAMENTO COM O GESTOR				
RELACIONAMENTO COM A EQUIPE MULT.				
HABILIDADES COMPORTAMENTAIS				
HABILIDADES TÉCNICAS				
CONHECIMENTO TÉCNICO/CIENTÍFICO				

AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA: ☒ 45 DIAS | ☐ 90 DIAS

☐ PRORROGAR ☐ EFETIVAR ☐ DEMITIR

OCORRÊNCIA	
	

Data:	Assinatura Gestor da área:
	Assinatura Colaborador:
Data:	Assinatura Recursos Humanos: