



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão
Fundo Único de Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

1. Identificação do servidor

Nome: _____
ID Funcional: _____ Etapa de Avaliação: _____
Lotação: _____ Cargo: _____
Nome do avaliador: _____

2. Manifestação do servidor

Por intermédio deste documento venho requerer ao meu Chefe Imediato, responsável pela minha Avaliação de Desempenho, RECONSIDERAÇÃO da nota que obtive, conforme publicação ocorrida no DOERJ de ____ de _____ de _____, com base nas seguintes justificativas: (Descrever o motivo da não concordância com a nota obtida, apontando o fator de avaliação).

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do servidor avaliado

3. Análise da Chefia Imediata

(Se houver alteração na nota, indicar o fator de avaliação)

4. Conclusão

- ☐ Pedido deferido
☐ Pedido parcialmente deferido
☐ Pedido indeferido

Nota final do servidor após a análise do pedido de reconsideração: _____

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Assinatura da Chefia Imediata
(Carimbo)