

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SERVIÇO: INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP.

NIF	5	0	2	4	2	3	9	4	3
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Centro Sangue e Transplantação de:  Lisboa  Coimbra  Porto  Serviços Centrais

(A preencher pelo avaliador)

Primeiro Avaliador									
Cargo									
NIF									

Segundo Avaliador									
Cargo									
NIF									

Avaliado									
Categoria/carreira									
Unidade orgânica									
NIF									

Período em avaliação	/	/	a	/	/
----------------------	---	---	---	---	---

**1. O(S) OBJETIVO(S) INDIVIDUAL(AIS) SEGUINTE(S) FOI (FORAM) REFORMULADO(S) PELOS MOTIVOS DESCRITOS PARA CADA UM:**

Objetivo n.º ____. Motivo da reformulação:
---

Objetivo n.º ____. Motivo da reformulação:
---

Objetivo n.º ____. Motivo da reformulação:
---

**2. PARÂMETRO OBJETIVOS INDIVIDUAIS**

DESCRIÇÃO DO OBJETIVO DETERMINAÇÃO DO(S) INDICADOR(ES) DE MEDIDA E CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO			AVALIAÇÃO		
			Objetivo superado (Pontuação 5)	Objetivo atingido (Pontuação 3)	Objetivo não atingido (Pontuação 1)
1	Objetivo				
	Indicador(es) de medida				
	Crítérios de superação				
	Ponderação				
2	Objetivo				
	Indicador(es) de medida				
	Crítérios de superação				
	Ponderação				
3	Objetivo				
	Indicador(es) de medida				
	Crítérios de superação				
	Ponderação				

Em reunião realizada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Primeiro Avaliador, \_\_\_\_\_

O Segundo Avaliador, \_\_\_\_\_

O Avaliado, \_\_\_\_\_