

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 pela Equipa de avaliação)

Pela Equipa de avaliação	
--------------------------	--

Avaliado	
----------	--

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

1. O(s) OBJETIVO(S) INDIVIDUAIS SEGUINTE(S) FOI (FORAM) REFORMULADO(S) PELOS MOTIVOS DESCRITOS PARA CADA UM:

Objetivo n.º ____. Motivo da reformulação:

Objetivo n.º ____. Motivo da reformulação:

Em reunião realizada em ___/___/___

Pela Equipa de avaliação _____

O avaliado _____

2. PARÂMETRO RESULTADOS: (OBJETIVOS REFORMULADOS)

(A preencher no início do período de avaliação)

(A preencher no final do período de avaliação)

DESCRIÇÃO DO OBJETIVO DETERMINAÇÃO DOS INDICADORES DE MEDIDA E CRITÉRIOS DE SUPERAÇÃO			PONDERAÇÃO	AVALIAÇÃO		
				Objetivo superado (Pontuação 5)	Objetivo atingido (Pontuação 3)	Objetivo não atingido (Pontuação 1)
1	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					
2	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					
3	Objetivo					
	Indicadores de medida					
	Critérios de superação					