**AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA POR RECOMENDAÇÃO SUPERIOR (ACL) – Ciência**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):** | |
| **NOME:** | |
| **CPF:** | **SIAPE:** |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| **CAMPUS/ UNIDADE DE LOTAÇÃO:** | |
| **CARGO/ FUNÇÃO:** | |
| **2 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** | |
| **2.1 Você foi informado previamente pela chefia imediata (ou autoridade competente) quanto ao requerimento desta Avaliação de Capacidade Laborativa (ACL) e os motivos apresentados?** | |
|  | |
| **2.2 Em sua opinião, você apresenta dificuldade para exercer alguma das suas atividades laborativas?** | |
|  | |
| **2.3 Em caso afirmativo, há quanto tempo vem apresentando essas dificuldades?** | |
|  | |
| **2.4 Em sua opinião, como é seu relacionamento interpessoal com a chefia e demais colegas de trabalho?** | |
|  | |
| **2.5 Outras informações que julgue pertinentes:** | |
|  | |
| * Declaro que me foi apresentado o conteúdo do requerimento realizado por minha chefia imediata (ou autoridade competente) para realização de Avaliação de Capacidade Laborativa (ACL).   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura da Chefia imediata | |