**AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA POR RECOMENDAÇÃO SUPERIOR (ACL) - Requerimento**

|  |
| --- |
| **1 – IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):** |
| **NOME:** |
| **CPF:** | **SIAPE:** |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| **CAMPUS/ UNIDADE DE LOTAÇÃO:** |
| **CARGO/ FUNÇÃO:** |
| **2 – DADOS DA CHEFIA IMEDIATA:** |
| **NOME:** |
| **FUNÇÃO:** |
| **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| **3 – REQUERIMENTO:** |
| Venho requerer AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA POR RECOMENDAÇÃO SUPERIOR, nos termos do art. n° 206 da Lei nº 8.112/90. |
| **4 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:** |
| **4.1 Qual o motivo da solicitação de abertura da ACL?** |
|  |
| **4.2 Descreva as atividades que o(a) servidor(a) desempenha na unidade:** |
|  |
| **4.3 Na sua opinião, o(a) servidor(a) apresenta dificuldade para exercer alguma das suas atividades laborativas?**  |
|  |
| **4.4 Há quanto tempo o(a) servidor(a) vem apresentando essas dificuldades?** |
|  |
| **4.5 Há quanto tempo o(a) servidor(a) trabalha na unidade?** |
|  |
| **4.6 Há quanto tempo você é chefe desse(a) servidor(a)?** |
|  |
| **4.7 Em sua opinião, como é o relacionamento interpessoal do(a) servidor(a) com a chefia e demais colegas de trabalho?** |
|  |
| **4.8 Justificativa caso requisitante seja autoridade diversa da chefia imediata do(a) servidor(a):** |
|  |
| **4.9 Outras informações que julgue pertinentes:** |
|  |
| * Declaro que o(a) servidor(a) foi comunicado(a) previamente quanto a este requerimento de Avaliação de Capacidade Laborativa (ACL).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura da Chefia imediata |