**ANEXO II**

|  |
| --- |
| **AVALIAÇÃO DE APTIDÃO DO SERVIDOR AO TELETRABALHO** |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |   |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| **Nome Completo:** |   | **N° Funcional/Vinculo:** |   |
| **Cargo:** |   | **Função:** |   |
| **Órgão/Entidade:** |   | **Localização:** |   |
| **2. IDENTIFICAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA** |
| **Nome Completo:** |   | **Cargo:** |   |
| **I - CAPACIDADE TÉCNICA** |
| **DESCREVER JUSTIFICATIVA** |
| **RESULTATO DA AVALIAÇÃO: ( ) Apto ( ) Não Apto** |
| **II - HABILIDADE DE AUTO-ORGANIZAÇÃO E AUTOGERENCIAMENTO DO TEMPO** |
| **DESCREVER JUSTIFICATIVA** |
| **RESULTATO DA AVALIAÇÃO: ( ) Apto ( ) Não Apto** |
| **III - COMPROMETIMENTO COM O SERVIÇO PÚBLICO**  |
| **DESCREVER JUSTIFICATIVA** |
| **RESULTATO DA AVALIAÇÃO: ( ) Apto ( ) Não Apto** |
| **IV - DISPONIBILIDADE E APTIDÃO PARA O USO DE NOVAS TECNOLOGIAS NO TRABALHO** |
| **DESCREVER JUSTIFICATIVA** |
| **RESULTATO DA AVALIAÇÃO: ( ) Apto ( ) Não Apto** |
| **CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS** |
| **Caso a chefia considere pertinente**  |
| **RESULTATO FINAL DA AVALIAÇÃO: ( ) Apto ( ) Não Apto** |
| **DATA E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA** |
|   |