

**REQUERIMENTO DE RECURSO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ANUAL**

**À Comissão de Desenvolvimento Funcional,  
Secretaria Municipal de Educação,**

REQUERENTE		
CPF		RG - ÓRGÃO EMISSOR
<b>TELEFONES</b>		
RESIDENCIAL	CELULAR	COMERCIAL
E-MAIL		
CARGO/ FUNÇÃO		MATRÍCULA
LOTAÇÃO		
PERÍODO AVALIADO:		
<b>ITENS QUE DESCORDA:</b>		
<b>JUSTIFICATIVA:</b>		

Nestes termos pede deferimento.

Luziânia/GO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Requerente**