



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

**SOLICITAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL
FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA**

(revisão Maio/2024)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)	
Nome: _____	
CPF: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: (<input type="checkbox"/>)Masc. (<input type="checkbox"/>)Fem.	Telefone: _____
DADOS FUNCIONAIS	
Lotação: _____	Cargo: _____
Local de exercício: _____	
Tempo de serviço neste posto de trabalho: _____	
Horário de trabalho: _____	

RELATÓRIO DE DESEMPENHO FUNCIONAL (preenchido pela chefia imediata do(a) servidor(a))

Descreva as atividades que o(a) servidor(a) exerce atualmente?

Há quanto tempo as atividades supracitadas são exercidas pelo(a) servidor(a)?

Apresenta dificuldades na realização das atribuições atuais? Quais?

Em relação ao desempenho e produtividade no trabalho, o(a) servidor(a) logra êxito?

Quais as perspectivas de trabalho (setores e/ou atividades) onde o servidor poderá ser aproveitado?

Identificação da Chefia Imediata:
Nome: _____
Telefone: _____ Email: _____
Data/Local: _____
Assinatura/Carimbo: _____