

ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Doc. 2

Anexo à ficha de avaliação

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO
Proposta para eventual reconhecimento de mérito, significando
Desempenho Excelente

Por iniciativa do:

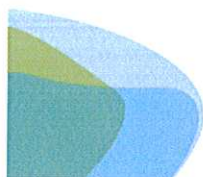
Avaliado

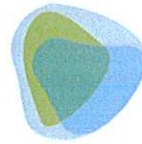
Avaliador

Nome do avaliado _____

Carreira _____

Unidade Orgânica _____





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

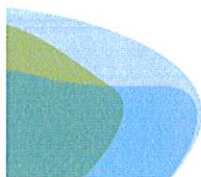
[Handwritten signature]

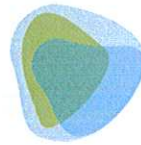
Elementos do(s) contributo(s) identificado(s)

Biénio: _____

Objectivos

[Empty box for Objectives]





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Handwritten mark

Handwritten signature

Handwritten mark

Competências

Empty box for listing competencies.

Data: _____

Assinatura: _____

