

# MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CONSELHO SUPERIOR

Avenida Rio Branco, 50 – Santa Lúcia – 29056-255 – Vitória – ES 27 3227-5564 – 3235-1741 – ramal 2003

PROGRESSÃO FUNCIONAL DOCENTE ANEXO VI – RESOLUÇÃO CS

Nº 21/2018

# Para uso exclusivo da Comissão de Avaliação de Desempenho

RELATÓRIO FINAL PARA FINS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOCENTE

Acompanhado das avaliações periódicas e documentos comprobatórios

|  |
| --- |
| Nome do Docente Avaliado: |
| Matrícula Siape: |
| Lotação: |
| Interstício da avaliação: |
| Classe/Nível: |
| **Composição da Comissão**  Coordenador/Siape: Professor membro/Siape: Professor membro/Siape:  Número da Portaria de Constituição da Comissão, em anexo: |

APRESENTAÇÃO DO RESUMO DAS AVALIAÇÕES ANALISADAS

|  |
| --- |
| EIXO 1 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 1:** |

Comentários:

|  |
| --- |
| EIXO 2 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 2:** |

Comentários:

|  |
| --- |
| EIXO 3 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 3:** |

Comentários:

|  |
| --- |
| EIXO 4 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 4:** |

Comentários:

|  |
| --- |
| EIXO 5 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 5:** |

Comentários:

|  |
| --- |
| EIXO 6 |
| Quantidade de avaliações: |
| Período de aplicação das avaliações: |
| **Média da pontuação obtida nas avaliações do Eixo 6:** |

Comentários:

|  |  |
| --- | --- |
| PONTUAÇÃO TOTAL | |
| EIXO 1: |  |
| EIXO 2: |  |
| EIXO 3: |  |
| EIXO 4: |  |
| EIXO 5: |  |
| EIXO 6: |  |
| **Total de pontos obtidos:** |  |
| MÍNIMO DE 120 (SESSENTA) PONTOS  ( ) Faz jus à progressão ( ) Não faz jus à progressão | |

Espaço reservado para observações finais da comissão:

Data da avaliação: / /

Assinatura do coordenador

Assinatura do professor membro

Assinatura do professor membro

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# Ciência do Servidor Avaliado

Data: / /

Assinatura do docente