



AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE NOVO FUNCIONÁRIO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

ANEXO 2- PGS-MOS-EHS-010 - Rev02

Empresa: _____ **Gerência:** _____

Área: **Função:**

Turno: Data:

Nome do Padrinho:

Nome do Funcionário:

1. AVALIAÇÃO

O funcionário teve um bom aproveitamento das informações repassadas durante a ambientação?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O funcionário preenche corretamente as ferramentas de EHS (ARA, checklist, etc)?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O Funcionário assimilou corretamente os requisitos para execução de tarefas críticas? <i>(NA = Não aplicável)</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O funcionário demonstrou domínio na função?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O funcionário está apto a executar suas funções sem acompanhamento?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

2. AÇÕES PARA CORREÇÃO DOS DESVIOS IDENTIFICADOS

Data	Desvio	Ação para correção	Resposável	Prazo

3. OBSERVAÇÕES

4. ASSINATURAS

Nome	Registro	Assinatura
Padrinho:		
Gestor:		