



FICHA DE DESLIGAMENTO

Nome			
Matrícula			
Unidade			
Tipo de vínculo	<input type="checkbox"/> Concursado <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Estatutário não estável <input type="checkbox"/> Credenciado		
Último dia trabalhado	___/___/___	Telefone de contato	

AVALIAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS ABAIXO

Como foi o seu relacionamento com os colegas do setor?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Como você classifica o relacionamento com seu chefe?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Como é a estrutura física para trabalhar? (Recursos físicos, materiais, tecnológicos)	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Como é o salário e os benefícios oferecidos para o seu cargo?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim

OBS: INFORMAMOS QUE O SERVIDOR (A) SERÁ DESLIGADO (A) DO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DESTA PREFEITURA E QUE APÓS A DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO, NÃO NOS RESPONSABILIZAREMOS PELO PAGAMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

MOTIVO DO DESLIGAMENTO:

ASSINATURA DO SERVIDOR (A)

ASSINATURA GESTOR (A)