



ADM – ACOMPANHAMENTO DE DESENVOLVIMENTO MENSAL
Mirins Trabalhadores e Aprendizizes

NOME			
EMPRESA/ORGÃO		VÍNCULO	() Trabalhador () Aprendiz
DEPTO/SETOR		TELEFONE	
MÊS		ANO	

AValiação DE DESEMPENHO PROFISSIONAL E COMPORTAMENTAL

SEQ.	ITENS	AValiação	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RECONDUZIR
01	DESEMPENHO	Compreende e executa as instruções de trabalho?				
02	PRODUTIVIDADE	Executa todas as tarefas e demandas solicitadas em sua rotina de trabalho?				
03	INICIATIVA	Apresenta iniciativa frente às demandas de trabalho?				
04	RESULTADOS	Apresenta o resultado esperado frente às demandas solicitadas?				
05	UNIFORME	Apresenta-se diariamente com o uniforme: camiseta do Instituto, calça jeans azul escuro ou preto e sapatos fechados?				
06	ASSIDUIDADE E PONTUALIDADE	Cumpe seu horário de expediente regularmente?				
07	ORGANIZAÇÃO	Mostra-se organizado com seus pertences bem como, com os do ambiente de trabalho?				
08	COMPROMETIMENTO	Se envolve com responsabilidade na execução das tarefas e observa a importância das mesmas no ambiente de trabalho?				
09	RELACIONAMENTO	Como é o grau de convivência profissional e pessoal com os colegas de trabalho?				
10	COMUNICAÇÃO	Mantem clareza ao comunicar-se no desenvolvimento de suas atividades?				
11	SUBORDINAÇÃO	Respeita e cumpre as diretrizes e orientações?				

ORIENTAÇÃO

O adolescente necessita de orientações ou suporte para sanar as dificuldades encontradas? () SIM () NÃO

OBSERVAÇÕES OU ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

(Caso seja necessário que a equipe do Instituto Mirim faça orientações ou reconduções informe abaixo).

--

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DA ADM

- Obrigatório enviar a ADM, juntamente com a Folha de Frequência Mensal, ao RH do Instituto Mirim após término de cada mês.
- Ser preenchida pelo avaliador, ou seja, chefia imediata.
- Estar devidamente assinada e carimbada pelo avaliador.
- Todos os itens deverão ser avaliados mensalmente para o acompanhamento da evolução do adolescente.
- Dúvidas: **Setor de Inclusão Profissional – IMCG** Fone:(67)3312-3258 ou enviar e-mail para: assist.profissional@institutomirim.org.br

CAMPO GRANDE/MS.	
DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____	_____ Assinatura e Carimbo Avaliador
PARA USO E REGISTROS EXCLUSIVOS IMGC/SEINP	Lançado Por: _____ em: ____/____/____