**Ilmo. Sr.**

**Secretario Técnico de Pessoal Docente**

**REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL PARA DOCENTES REDISTRIBUÍDOS**

Eu,.....................................................................................................................,SIAPE…………….., docente da Carreira do Magistério Superior, atualmente na Classe .......…, denominada de Professor .....................................…, Nível......…, lotado(a) no Departamento de .....................................…………………………… venho requerer, por ter sido redistribuído(a) para a .......................(sigla da Instituição), a realização da Avaliação de Desempenho acadêmico para PROGRESSÃO/PROMOÇÃO à Classe .............., Nível…….., no período de interstício de ....../....../.......... (dia/mês/ano) a ....../....../........ (dia/mês/ano), conforme documento(s) anexo(s).

Nestes termos, pede deferimento.

Santa Maria,... ...... de ............................. de 20.....

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone/celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_