



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA DA FAZENDA**

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE APTIDÃO DO SERVIDOR - REGIME DE TELETRABALHO**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
Nome:	Nº Funcional:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cargo:	Localização (setor):
<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICAÇÃO DO CHEFE RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO	
Nome:	Nº Funcional:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cargo/Função:	Localização (setor):
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CRITÉRIOS	AVALIAÇÃO			
	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
Com que frequência o(a) servidor(a) apresenta:				
I – Capacidade técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II – Habilidade de auto-organização e autogerenciamento do tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III – Comprometimento com o serviço público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV – Disponibilidade e aptidão para o uso de novas tecnologias no trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESULTADO DA AVALIAÇÃO
Conforme análise acima, segundo os critérios estabelecidos no art.10. da Lei Complementar nº 1081/2024, declaro que o(a) servidor(a) está:
<input type="checkbox"/> Apto ao regime de teletrabalho;
<input type="checkbox"/> Inapto ao regime de teletrabalho.
Vitória, de de 202 .
_____ Assinatura eletrônica (Chefia)

TERMO DE CIÊNCIA
Ciente quanto ao resultado. Estou ciente também que, em caso de aptidão, esta análise corresponde apenas a uma das etapas do requerimento, não importando ainda no deferimento para realização do teletrabalho.
Vitória, de de 202 .
_____ Assinatura eletrônica (Servidor)