

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PELOS INCIDENTES CRÍTICOS

Funcionário: _____ Data: ____/____/____.
Cargo: _____ Seção: _____

Lado Vermelho			Lado Azul		
Data da ocorrência	Item	Incidente crítico negativo	Data da ocorrência	Item	Incidente crítico positivo
Fator de avaliação: PRODUTIVIDADE					
Item:			Item:		
A – Trabalhou lentamente B – Perdeu tempo no período de trabalho C – Não iniciou sua tarefa prontamente			A – Trabalhou rapidamente B – Economizou tempo no trabalho C – Iniciou imediatamente a nova tarefa		