

COMUNE DI GALLIERA
SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE
NON TITOLARE DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA

FASE 1 VALUTAZIONE: PRESENTAZIONE

Cognome/Nome	Data di nascita
Settore/Ufficio	Profilo/Categoria
Titolo di studio	

PERIODO DI OSSERVAZIONE DAL _____ AL _____
--

INCONTRO INDIVIDUALE

INCONTRO DI GRUPPO

Presenti: _____

1) PRESENTAZIONE RESPONSABILE DI SETTORE

Gli obiettivi per l'anno _____ relativi al servizio _____ sono: _____

2) OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI

Data _____

Firma del Responsabile _____

Firma del Dipendente _____

FASE 2 VALUTAZIONE: VERIFICA INTERMEDIA

Cognome/Nome	Data di nascita
Settore/Ufficio	Profilo/Categoria
Titolo di studio	

PERIODO DI OSSERVAZIONE DAL _____ AL _____
--

INCONTRO INDIVIDUALE

INCONTRO DI GRUPPO

Presenti: _____

1) RELAZIONE RESPONSABILE DI SETTORE

L'andamento dei programmi previsti è in linea con gli obiettivi dell'anno

2) OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI

Data _____

Firma del Responsabile _____

Firma del Dipendente _____

FASE 3 VALUTAZIONE: SCHEDA DI VALUTAZIONE

Cognome/Nome	Data di nascita
Settore/Ufficio	Profilo/Categoria
Titolo di studio	

PERIODO DI OSSERVAZIONE DAL _____ AL _____

FATTORI DI VALUTAZIONE	PESO			PUNTEGGIO 1/2/3/4/5	PUNTEGGIO PONDERALE
	CAT A /B	CAT C	CAT D		
PRECISIONE	4	2	1		
COMUNICAZIONE	2	2	2		
FLESSIBILITA'	2	2	2		
INNOVAZIONE E FORMAZIONE	1	2	2		
CAPACITA' GESTIONALI	1	2	3		
TOTALE					
PUNTEGGIO FINALE					

In riferimento alla presente scheda il dipendente che non condivida, anche in parte, la valutazione del Responsabile, può inoltrare, entro 15 giorni dall'avvenuta sottoscrizione per presa visione, al Segretario Comunale richiesta scritta e motivata di intervento conciliatorio. Il Segretario, entro 20 giorni dal ricevimento della richiesta, convoca le parti per esperire un tentativo di conciliazione il cui esito, verbalizzato, verrà sottoscritto dalle parti.

Data _____

Firma del Responsabile

Firma del Dipendente per presa visione

FASE 4 VALUTAZIONE: OSSERVAZIONI FINALI

Cognome/Nome	Data di nascita
Settore/Ufficio	Profilo/Categoria
Titolo di studio	

PERIODO DI OSSERVAZIONE DAL _____ AL _____
--

DIFFICOLTA' DICHIARATE

- di tipo organizzativo _____
- di tipo tecnico _____

FATTORI OGGETTIVI INFLUENZANTI LA PRESTAZIONE E/O IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

ESIGENZE FORMATIVE E/O DI AGGIORNAMENTO

EVENTUALI PROPOSTE/SUGGERIMENTI ORGANIZZATIVI

Cognome e Nome del compilatore _____

Data _____

Firma del Dipendente _____

Firma del Responsabile
per presa visione _____