



AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO PELO(A) SERVIDOR(A)

NOME DO(A) SERVIDOR(A):
CARGO:
LOTAÇÃO:

TEMPO DE LOTAÇÃO NESTA UNIDADE: _____

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS:			
1	Equipamentos e Materiais necessários.	() Adequado	() Inadequado
2	Instalação de Trabalho (espaço físico).	() Adequado	() Inadequado
3	Iluminação, Temperatura e Ventilação.	() Adequado	() Inadequado
4	Limpeza e Higiene no local de trabalho.	() Adequado	() Inadequado
5	Condições para concentração.	() Adequado	() Inadequado
6	Interferência das condições oferecidas no seu desempenho.	() Positivo	() Negativo
AVALIAÇÃO DO AMBIENTE:			
7	Oportunidade de adquirir novos conhecimentos e habilidades.	() Suficiente	() Insuficiente
8	Oportunidade para usar meus conhecimentos e habilidades.	() Suficiente	() Insuficiente
9	Possibilidade de tomar decisões em relação às tarefas que executo.	() Suficiente	() Insuficiente
10	Valorização do meu trabalho para atingir os objetivos da Instituição.	() Suficiente	() Insuficiente
11	Reconhecimento dado ao meu trabalho, quando bem executado.	() Suficiente	() Insuficiente
12	Variedade de tarefas para realizar.	() Adequado	() Inadequado
13	Divisão das tarefas entre a equipe de trabalho.	() Adequado	() Inadequado
14	Relacionamento com a Chefia Imediata	() Positivo	() Negativo
15	Relacionamento com a Equipe de Trabalho	() Positivo	() Negativo
16	Relacionamento entre as pessoas do setor de trabalho	() Positivo	() Negativo
17	Horário de trabalho.	() Adequado	() Inadequado
18	Flexibilidade no horário de trabalho.	() Adequado	() Inadequado

1. Se você acha que as condições de trabalho oferecidas interferem negativamente no seu desempenho, aponte onde você se sente prejudicado: _____

2. Aponte a principal causa de insatisfação e/ou a principal causa de satisfação com seu trabalho: _____

3. Esse espaço pode ser utilizado para outras informações que julgar necessárias e relevantes: _____

Local/Data: _____ Assinatura: _____