

## Allegato 2 – Scheda di verifica dell'attività

### SCHEDA DI VERIFICA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA, NEL PERIODO DI RIFERIMENTO 1/01/2019-31/12/2020

La scheda va compilata e sottoscritta a cura del Responsabile della struttura (Servizio/ Ufficio/Area) presso la quale - nell'attuale assetto organizzativo - il dipendente oggetto di valutazione presta la sua attività, tenuto conto anche di elementi informativi eventualmente resi dai Responsabili delle strutture presso le quali presta servizio in concomitanza (per il personale assegnato in quota parte a più strutture) o presso le quali lo stesso interessato abbia prestato in precedenza servizio nel periodo di riferimento (01/01/2019 – 31/12/2020). Inserire una X in corrispondenza della colonna che contiene la valutazione che si intende attribuire per ciascuno dei parametri indicati e il corrispondente voto nell'ultima colonna.

NB: i Responsabili, nell'attribuire i punteggi, dovranno rifarsi a quanto previsto nella specifica delle votazioni di cui all'Allegato 4 del bando alla relativa voce "SCHEDA DI VERIFICA DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA" a pag. 5 del documento.

**NOME E COGNOME DEL DIPENDENTE** (da indicare in stampatello e in maniera chiara)

.....

PARAMETRO DA VALUTARE	1 = Al di sotto delle aspettative	2 = In linea con le aspettative	3 = Sopra le aspettative	4 = Molto oltre le aspettative	VOTO ATTRIBUITO
Precisione e qualità delle prestazioni svolte					
Capacità di adattamento operativo al contesto di intervento, alle esigenze di flessibilità ed alla gestione di cambiamenti organizzativi					
Orientamento all'utenza ed alla collaborazione all'interno del proprio ufficio e tra i diversi uffici					
Capacità di proporre soluzioni innovative e contribuire alla realizzazione di miglioramenti organizzativi e gestionali					
ATTENZIONE: il presente modulo, firmato a mano, va allegato alla domanda presentata via PEC o consegnata a mano dal dipendente				<b>MEDIA</b> (somma dei voti diviso 4)	

DATA: \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile del Servizio/Area/Ufficio \_\_\_\_\_

Firma del dipendente per presa visione/accettazione dei contenuti \_\_\_\_\_

IN CASO DI CONSEGNA A MANO – a cura di AGBP/Protocollo: data.....ORA.....