**SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL’ATTIVITA’ SVOLTA**

…l… sottoscritt… ……………………………………………………………………………………………

in qualità di Responsabile della Direzione/Unità ………………………., ove presta servizio il/la dr./dr.ssa …………………………..………………………………………………………………….…….., con riferimento all’attività svolta dal/dalla medesimo/a nel triennio 2019-2021 (o periodo inferiore, decorrente dalla data di inizio del rapporto di lavoro presso ASI), esprime il seguente giudizio:

* **POSITIVO**
* **NEGATIVO**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Responsabile di Direzione/Unità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dipendente per ricevuta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_