

## Avaliação e Produtividade da Prestação de Serviço Voluntário

Referente ao mês de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prestador de Serviço Voluntário
_____, regularmente qualificado no Termo de Adesão ao Serviço Voluntário no Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul nº _____/20____.
Telefone (____) _____, e-mail _____
Início do Termo de Adesão ao Serviço Voluntário: ____/____/____
Período de atividade: ( ) Diária
( ) Semanal. Quais dias? _____
( ) Mensal. Qual dia? _____
Horário: Início: _____ Término: _____

Unidade de Lotação/Supervisão
Unidade de prestação do serviço: _____
Endereço: _____
Telefones de contato: (____) _____
Supervisor (nome por extenso): _____

Atividades Desenvolvidas
Descrição de todas as atividades desenvolvidas, de forma circunstanciada (art. 9º § 3º da Resolução nº 021/2009-PGJ, de 14 de dezembro de 2009)
_____
_____
_____
_____
_____

Avaliação
Observar as faltas, atrasos e demais considerações que devem ser informadas
_____
_____
_____
_____
_____

Local/Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Prestador de Serviço: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Supervisor: \_\_\_\_\_