

Sistema Socio Sanitario


 Regione
Lombardia
ASST Garda

Matricola

NOME e COGNOME

PRESIDIO – U.O.

QUALIFICA

SCHEDA VALUTAZIONE 2016 - COMMESSO
AREA DELLE RESPONSABILITA'
Legenda Punteggi: 1. Quasi mai – 2. Qualche volta – 3. Spesso – 4. Quasi sempre – 5. Con continuità

INDICATORI
**Punteggio singolo
item**

1. Sa utilizzare correttamente e con perizia i beni di consumo presenti nel proprio ufficio (cancelleria ecc.).

2. Sa rispettare il segreto professionale e la privacy.

3. E' disponibile ad adattare il proprio orario in presenza di effettive esigenze organizzative.

4. Rispetta norme e regolamenti interni alla struttura e al proprio settore (orario di lavoro, sistemi di identificazione personale.....). Segnala tempestivamente l'assenza.

PUNTI PARZIALI AREA
AREA DELLE RELAZIONI
INDICATORI
**Punteggio singolo
item**

1. Risponde alle aspettative e ai bisogni dell'utente, famiglie e collettività con capacità di ascolto e con atteggiamento accogliente.

2. Sa relazionarsi in modo professionale ed educato con i propri superiori

3. Sa relazionarsi in modo cortese ed educato con i colleghi del proprio e di altri settori

4. Sa contribuire a creare un buon clima all'interno del proprio Ufficio/Settore

PUNTI PARZIALI AREA
AREA DELLA FUNZIONE ORGANIZZATIVA
INDICATORI
**Punteggio singolo
item**

1. Sa lavorare in equipe/gruppo nell'espletamento delle pratiche d'ufficio

2. Sa individuare a quali figure professionali rivolgersi per la soluzione di problematiche lavorative anche correlate ad eventi straordinari

PUNTI PARZIALI AREA
AREA DELLA COMPETENZE TECNICO/PROFESSIONALI
INDICATORI
**Punteggio singolo
item**

1. Conosce e applica norme/procedure/disposizioni/regolamenti/attinenti la propria specifica attività e in generale dell'ufficio di appartenenza

2. Sa svolgere con precisione e puntualità le proprie mansioni

PUNTI PARZIALI AREA
PUNTI TOTALI
CONDIVISIONE INTERMEDIA (da effettuarsi indicativamente entro Settembre 2016)

Data

Firma del Responsabile / Coordinatore

Firma del dipendente

VALUTAZIONE FINALE (da effettuarsi entro il 15/02/2017)

Data

Firma del Responsabile / Coordinatore

Firma del dipendente

Considerazioni / Note