Al Comitato di valutazione della Struttura di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail [\_\_\_\_\_\_\_\_.cvp@adm.gov.it](mailto:________.cvp@adm.gov.it)

*e, p.c.*

Al *Valutatore dell’anno di riferimento (inserire in indirizzo il nominativo del valutatore che ha notificato la scheda)*

*e-mail* [*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@adm.gov.it*](mailto:_____________@adm.gov.it)

Alla Direzione personale

Ufficio sviluppo, formazione e valutazione

[dir.personale.formazione-valutazione@adm.gov.it](mailto:dir.personale.formazione-valutazione@adm.gov.it)

**OGGETTO**: **Nome Cognome - Codice Fiscale - Valutazione della performance anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Istanza di conciliazione**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attualmente in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativamente alla scheda di valutazione della performance anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il servizio prestato presso la Direzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMULA**

istanza di conciliazione al fine di ottenere una revisione del punteggio attribuito dal valutatore *(indicare il nominativo del valutatore che ha notificato la scheda)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e a tal fine

**DICHIARA**

sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, di aver preso visione in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scheda di valutazione da ultimo notificata.

A sostegno della predetta richiesta adduce le ragioni di seguito esplicitate e allega a corredo la documentazione sotto indicata:

**MOTIVAZIONE**

|  |
| --- |
|  |

**ALLEGATI**

1. Ultima e-mail trasmessa dall’applicativo “Valutazione personale non dirigenziale”
2. Documento di identità in corso di validità

**CHIEDE**

di essere sentito in merito ai fatti sopraesposti

di essere assistito da un rappresentante sindacale/legale *(indicare nominativo)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_