**NTO**

*NECESSIDADE DE TREINAMENTO OPERACIONAL*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 CLASSIFICAÇÃO DO COLABORADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Cargo Comissionado | | | Lotação: | | | | | | Processo: | | | | | | |
|  | Verba de Gabinete | | | Vereador: | | | | | | Nº Gabinete: | | | | | | |
|  | Disponibilizado | | | Órgão de origem: | | | | | | Lotação.: | | | | | | |
|  | Estagiário | | | Lotação: | | | | | | Processo: | | | | | | |
|  | Serviço Terceirizado | | | Prestador de serviço: | | | | | | Setor Resp.: | | | | | | |
| **2 IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **3 PRINCIPAIS ATIVIDADES** (Listar as atividades inerentes ao processo sem exceder 10). | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 ESCOLARIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nível de formação: | | | | | |  | Fundamental | |  | | | Médio | | |  | Superior |
| Curso(s): | | | | | | | | | Ano(s) de conclusão: | | | | | | | |
| Especialização(ões): | | | | | | | | | Ano(s) de conclusão: | | | | | | | |
| 5 TREINAMENTO TÉCNICO (Considerar apenas cursos realizados dentro de 5 anos) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Título** (cursos, palestras, treinamentos *on the job*, etc) | | | | | | | | | | | | | **Realização** (local/aa) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **6 TREINAMENTOS OPERACIONAIS DO SGQ / SGA** (procedimentos do SGQ/SGA definidos para seu cargo/função) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orientação de preenchimento: Listar procedimentos do SGQ/SGA definidos para seu cargo/função. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Código** | | **Título** | | | | | | **Obrigatório** | | | **Facultativo** | | | **Periodicidade** | | |
| PGI.520 | | Política de Gestão Integrada | | | | | | X | | |  | | | Conforme revisão | | |
| PP.612 | | Aspectos Ambientais da CMM | | | | | | X | | |  | | | Conforme revisão | | |
| IT.810.01 | | Coleta seletiva | | | | | | X | | |  | | | Conforme revisão | | |
| PP.820 | | Preparação e Resposta a Emergência | | | | | | X | | |  | | | Conforme revisão | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ELABORADOR** | | | | |  | | | **APROVAÇÃO DO GESTOR** | | | | | | | | |
| 00/00/2021 (insira data atual) | | | | |  | | | 00/00/2021 (insira data atual) | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | | | |