**Edital Nº XX/2023 – DGP/PRO-DI/CSQVT/IFSP**

**ANEXO III – Relatório Bimestral de Avaliação e Acompanhamento do PSQVT IFSP**

| **RELATÓRIO TÉCNICO BIMESTRAL DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROJETO** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TÍTULO DO PROJETO:** |  | | | |
| **CAMPUS/REITORIA** |  | | | |
| **DATA DA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO BIMESTRAL** | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **DURAÇÃO DO PROJETO** | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **ATÉ** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **PERÍODO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROJETO** | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **ATÉ** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **COORDENADOR DO PROJETO (NOME E CARGO):** |  | | | |
| **EQUIPE (NOME E CARGO)** |  | | | |
| 1. **AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS** | | | | |
| **Os objetivos específicos estão sendo atingidos? (Preencha abaixo cada objetivo específico do projeto)** | | SIM | PARCIALMENTE | NÃO |
| 1. | |  |  |  |
| 2. | |  |  |  |
| 3. | |  |  |  |
| Caso não estejam sendo atingidos justifique cada: | | | | |
| Descreva abaixo caso haja alguma observação a ser feita sobre os objetivos específicos: | | | | |
| 1. **AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO** | | | | |
| **Os indicadores de monitoramento adotados foram suficientes? (Preencha abaixo cada indicador do projeto)** | | SIM | PARCIALMENTE | NÃO |
| 1. | |  |  |  |
| 2. | |  |  |  |
| 3. | |  |  |  |
| Caso não tenham sido suficientes justifique cada: | | | | |
| Descreva abaixo caso haja alguma observação a ser feita sobre os indicadores de monitoramento: | | | | |
| 1. **AVALIAÇÃO DAS METAS** | | | | |
| **As metas estão sendo atingidas? (Preencha abaixo cada meta do projeto)** | | SIM | PARCIALMENTE | NÃO |
| 1. | |  |  |  |
| 2. | |  |  |  |
| 3. | |  |  |  |
| Caso não estejam sendo atingidas justifique cada: | | | | |
| Descreva abaixo caso haja alguma observação a ser feita sobre as metas: | | | | |
| 1. **AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA** | | | | |
| **A metodologia proposta do projeto está sendo seguida?** | | SIM | PARCIALMENTE | NÃO |
|  |  |  |
| Caso não esteja sendo seguida justifique: | | | | |
| Descreva abaixo caso haja alguma observação a ser feita sobre a metodologia: | | | | |
| 1. **AVALIAÇÃO DO CRONOGRAMA** | | | | |
| **O cronograma está sendo cumprido?** | | SIM | PARCIALMENTE | NÃO |
|  |  |  |
| Caso não esteja sendo cumprido justifique: | | | | |
| Descreva abaixo as etapas do cronograma em atraso, plano de ação para adequação do cronograma e novo cronograma: | | | | |

| **ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROJETO:** |  |
| --- | --- |
| **LOCAL** |  |
| **DATA:** |  |