|  |  |
| --- | --- |
| **Indique a referência do DNP:** |  |
| **Indique o título do DNP:** |  |

**1 – Avaliação quanto à atualidade e rigor técnico do conteúdo do DNP**

|  |  |
| --- | --- |
| O document normative português deve manter-se em vigor:   1. sem necessidade de alterações |  |
| 1. com correções editoriais   (necessita de adaptação ao Acordo Ortográfico ou correções de eventuais gralhas ortográficas) |  |
| O DNP deve ser revisto **\*** |  |
| O DNP deve ser anulado **\*\*** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Esta opção requer comentários (proposta de revisão)** | | | |
| **Secção** | **Parágrafo, Quadro, Figura, Nota.** | **Comentário** (justificação para proposta de alteração) | **Proposta de alteração** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Se necessário, adicionar linhas*

|  |
| --- |
| **\*\*Esta opção requer comentários (justificação para proposta de anulação)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2 – O DNP está referido em legislação?** | Sim Indique qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Não |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3 –Desenvolve a sua atividade profissional no campo de aplicação do DNP em avaliação periódica?** | Sim | Não |

|  |
| --- |
| **Experiência profissional relevante** |
|  |

**4 – Comentários elaborados por:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Entidade: |  |
| Data: | \_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |