

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE SERVIZIO

(Segnalare con una crocetta la casella corrispondente)

DATI COMPILATORE

SESSO	FASCIA D'ETÀ				
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Meno di 18 anni	<input type="checkbox"/> 18/30	<input type="checkbox"/> 31/45	<input type="checkbox"/> 46/60	<input type="checkbox"/> oltre i 60

APPARTENENTE AD OdV SÌ NO

Comune	Settore di Intervento
--------	-----------------------

Area di riferimento da cui ha usufruito di un servizio:

Direzione <input type="checkbox"/>	Promozione <input type="checkbox"/>	Monitoraggio e gestione amministrativa bandi <input type="checkbox"/>
Consulenza <input type="checkbox"/>	Formazione <input type="checkbox"/>	Strumenti logistici e attrezzature <input type="checkbox"/>
Amministrazione <input type="checkbox"/>	Segreteria <input type="checkbox"/>	Comunicazione e documentazione <input type="checkbox"/>

Qual è il livello di adeguatezza dei tempi di erogazione servizio?

negativo scarso sufficiente buono molto buona

Qual è il livello di corrispondenza dei risultati alle aspettative?

negativo scarso sufficiente buono molto buona

Com'è stata la modalità di accoglienza degli operatori?

negativo scarso sufficiente buono molto buona

Giudizio complessivo del servizio.

negativo scarso sufficiente buono molto buona

SUGGERIMENTI

Data _____

Sodalis CSV Salerno Vi ringrazia per la collaborazione