



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: SI NO**● 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 del servizio? negativo scarso sufficiente buono molto buona**● Qual'è il livello di corrispondenza dei risultati alle aspettative?** negativo scarso sufficiente buono molto buona**● Come è stata la modalità di accoglienza degli operatori?** negativa scarsa sufficiente buona molto buona**● Giudizio complessivo del servizio.** negativo scarso sufficiente buono molto buono**Suggerimenti** _____

Data _____

Sodalis CSV Salerno Vi ringrazia per la collaborazione