

NOMINATIVO \_\_\_\_\_

OPERATORE \_\_\_\_\_

AREA SANITARIA  ASL \_\_\_\_\_

CAD \_\_\_\_\_

AREA SOCIALE  MUNICIPIO \_\_\_\_\_

AREA SAISA  AREA SAISH  AREA SISMIF

AREA ADI  AREA DIMISSIONI PROTETTE

1) Rapporto con l'Operatore

A <i>Disponibilità</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
B <i>Continuità del servizio</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
C <i>Esito trattamento/prestazione</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
D <i>Puntualità dell'operatore</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente

Se insufficiente, spiegare motivazioni:

2) Rapporto con la Cooperativa

A <i>Puntualità delle comunicazioni sul servizio</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente
B <i>Tempestività nella sostituzione dell'operatore</i>	<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Insufficiente

Se insufficiente, spiegare motivazioni:

3) Giudizio complessivo sull'assistenza ed eventuali suggerimenti per migliorare il servizio

- Ottimo  
 Buono  
 Sufficiente  
 Insufficiente

Se insufficiente, spiegare motivazioni:

Eventuali suggerimenti:

Data e firma \_\_\_\_\_

**Sezione riservata alla CIR**

Rilevi riscontrati e soluzioni proposte:

Data e firma Coordinatore Area Sociale e/o Area Sanitaria \_\_\_\_\_