|  |  |
| --- | --- |
| Indicare quante risposte dello stesso tipo sono state date dagli allievi dello stesso corso |  |
| Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | A.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
| Cosa chiedete al Centro di Formazione Professionale e/o corso  | Indicare cosa vorreste migliorare assegnando un punteggio da 1 (attività che non funziona e che dovrebbe essere migliorata molto) a 5 (attività che funziona e non necessita di miglioramento |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. Didattica |   |   |   |   |   |
| 2.Struttura Edile (aule, palestra, servizi, ecc.) |   |   |   |   |   |
| 3.Strumenti didattici ausiliari (laboratori, attrezzature, ecc.) |   |   |   |   |   |
| 4.Organizzazione generale (efficienza, collaborazione, clima aziendale) |   |   |   |   |   |
| 5.Informativa C.F.P. |   |   |   |   |   |
| 6. Materiale Didattico (dispense, testi, modulistica) |   |   |   |   |   |
| 7.Attività integrative (uscite didattiche, interv esperti, studio assistito) |   |   |   |   |   |
| 8.Altri servizi (segreteria, direzione, pulizia, portineria) |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| Numero documento Revisione Data INDAGINI BISOGNI ANNI SUCCESSIVI MD-S4-D-19 01 03/10/2022 Pag1 di 2 Sintesi dei suggerimenti operativi per migliorare il servizio |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| N. Item positivi \_\_\_\_\_\_\_ sul totale di \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |
| N. Customer positivi \_\_\_\_\_\_\_ sul totale di \_\_\_\_\_\_\_ ricevuti |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Data Firma del Coordinatore/Tutor |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Numero documento Revisione Data INDAGINI BISOGNI ANNI SUCCESSIVI

 MD-S4-D-19 01 03/10/2022 Pag 2 di 2