

PRESIDIO
 OSPEDALIERO _____

ANNO _____

UNITA' OPERATIVA _____

MESE _____

VALUTAZIONE MENSILE SERVIZIO EROGATO

VALUTAZIONE GIORNALIERA PULIZIA		NON CONFORMITA' RILEVATA		NON CONFORMITA' RISOLTA		NON CONFORMITA' IRRISOLTA		VALUTAZIONE COMPLESSIVA MENSILE		
Giorno	PESSIMA INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NA
1								La ditta delle pulizie ha effettuato le normali procedure di pulizia degli ambienti.		
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
Il presente modulo va inviato all'U.O. Professioni Infermieristica e Ostetrica entro il giorno 5 del mese successivo all'erogazione del servizio per cui viene effettuata l'attestazione.										
<input type="checkbox"/> GIUDIZIO POSITIVO: Si dichiara che durante il mese corrente la Ditta assegnataria del servizio di pulizia <u>ha eseguito</u> con regolarità ed efficacia i servizi previsti dal capitolato speciale d'appalto.										
<input type="checkbox"/> GIUDIZIO NEGATIVO: Si dichiara che durante il mese corrente la Ditta assegnataria del servizio di pulizia <u>non ha eseguito</u> con regolarità ed efficacia i servizi previsti dal capitolato speciale d'appalto.										
II Coordinatore _____										

Catania, li _____

