

Idade:	_____ Anos	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
Habilitações Literárias:	_____			
Residência:	<input type="checkbox"/> Concelho de Espinho Freguesia: _____ <input type="checkbox"/> Outro Concelho: _____ Localidade: _____			

 Unidade Orgânica: Divisão de Saúde e Intervenção na Sociedade

Local de Recolha: _____ Data: ____/____/____

Qual o motivo que o/a fez dirigir-se aos serviços da DSIS?

 Por favor, indique a sua opinião, assinalando **com um "x" uma das opções** abaixo indicadas, tendo em conta que: **1=Muito Mau, 2= Mau, 3=Bom e 4= Muito Bom**

Avaliação dos serviços prestados pelo/a Município	1	2	3	4	Não se aplica/ Não Responde
1 – Atendimento Presencial					
Q1. Horário de Atendimento	<input type="checkbox"/>				
Q2. Tempo de Espera	<input type="checkbox"/>				
2 – Atendedores/as					
Q3. Disponibilidade para responderem às perguntas	<input type="checkbox"/>				
Q4. Uso de linguagem clara e simples	<input type="checkbox"/>				
Q5. Prestação de informação correta e completa	<input type="checkbox"/>				
Q6. Simpatia e educação no atendimento	<input type="checkbox"/>				
Q7. Igualdade de tratamento	<input type="checkbox"/>				
3 – Instalações					
Q8. Acessibilidade	<input type="checkbox"/>				
Q9. Organização e funcionalidade	<input type="checkbox"/>				
Q10. Qualidade e conforto	<input type="checkbox"/>				
4 – Satisfação Global do Atendimento da DSIS (Q11.)	<input type="checkbox"/>				

Sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração!