

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

### Divisão de Saúde e Intervenção na Sociedade - Atividades Seniores

**Identificação da atividade e local:** \_\_\_\_\_

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	1	2	3	4	Não se aplica/ Não Responde
<b>1. - Divulgação da atividade (evento)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. - Inscrições (local/ horário/data)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. - Instalações utilizadas para o evento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. - Entretenimento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. - Alimentação e bebidas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. - Transporte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. - Acompanhamento pelos técnicos:</b>					
<b>7.1. - Qualidade do atendimento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.2. - Eficiência/resolução problemas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. - Satisfação Global</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração!

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_