RILEVAZIONE QUALITÀ SERVIZIO MENSA
A.S./A.E. _____-_____

Parrocchia San Giacomo Apostolo Mandriola

Cognome e nome del genitore-rilevatore _____

mamma/papà di _____

SERVIZIO VISIONATO: NIDO SCUOLA INFANZIA

TIPOLOGIA DI MENU': PRIMAVERA/ESTATE AUTUNNO/INVERNO

Per ogni item esprimete con una crocetta nella casella corrispondente una valutazione da 1 a 4 secondo i seguenti valori:

1- **per nulla soddisfatto**
2- **poco soddisfatto**
3- **molto soddisfatto**
4- **pienamente soddisfatto**

Come valutate la qualità delle pietanze somministrate (gusto e ingredienti)	1	2	3	4
Come valutate la metodologia di distribuzione delle pietanze	1	2	3	4
Come valutate l'adeguatezza delle porzioni	1	2	3	4
Qualità percepita dell'igiene in mensa	1	2	3	4
Come valutate la procedura per le diete speciali	1	2	3	4
Come valutate complessivamente il servizio-mensa	1	2	3	4

Eventuali suggerimenti o proposte per migliorare il servizio-mensa

_____

_____

_____

_____

_____

Data della rilevazione _____

Firma del rilevatore _____