

CLIENTE: \_\_\_\_\_

SERVIZIO: \_\_\_\_\_ COD. SDS \_\_\_\_\_ REV. DEL \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE DELLA MODIFICA**

Modifica dell'attività:

Modifica dell'orario/giorni di erogazione del servizio:

Modifica delle sedi di erogazione del servizio:

Firma e Timbro Cliente:

Data:

## CORRISPETTIVO ANNUO PER I SERVIZI A PRESTAZIONE STANDARD

Soci Committenti		Cat. Contrattuale CCRL Organico stimato	Costo unitario del personale CCRL (stima al 20/09/2018)	Salario accessorio unitario FAMP CCRL (stima 4%)	% incremento rinnovo CCRL (stima 3,84%)	Buoni pasto (euro 7 x 48 settimane)	costi possibili penalità+contes t.+legali (stima 3%)	costi diretti complessivi (incl. Ind.mensa, retrib. acc., )	costi indiretti complessivi spese generali + personale indiretto (stima 6%)	Totale unitario	Nr. unità teoriche previste in convenzione	% utilizzo personale part-time (32/36h)	costi complessivi annui
<b>Regione Siciliana-Dipartimento delle Finanze e del Credito</b>													
63DFC/01	Supporto tecnico-amministrativo	D1	36.370,20	1.455,00	1.452,00	336,00	1.188,00	<b>40.801,20</b>	2.413,00	<b>43.214,20</b>	1	88,89%	<b>38.412,62</b>
63DFC/01	Supporto tecnico-amministrativo	C1	31.434,27	1.257,00	1.255,00	336,00	1.028,00	<b>35.310,27</b>	2.089,00	<b>37.399,27</b>	3	88,89%	<b>99.731,39</b>
<b>Totale</b>								<b>76.111,47</b>		<b>80.613,47</b>	<b>4</b>		<b>138.144,01</b>
<b>Totale</b>								<b>76.111,47</b>		<b>80.613,47</b>	<b>4</b>		<b>138.144,01</b>

Periodo 01/11/2020-31/12/2020      **23.024,00**

**DATI RELATIVI AL SOCIO COMMITTENTE**

Denominazione Ente Sanitario/Dipartimento Regionale	
Persona incaricata alla compilazione dall'Ente Sanitario/Dipartimento Regionale:	Funzione:

**DATI RELATIVI AL SERVIZIO EROGATO DAL PERSONALE S.A.S. S.C.p.A.**

Nome del servizio:
Denominazione della sede d'erogazione del servizio e indirizzo (via, n.c. e città):
Periodo di valutazione: (mese) _____ / (anno) _____

**Istruzioni:** in corrispondenza delle domande indicare con una X il giudizio sul servizio erogato se "scarso", "sufficiente" o "buono".  
Per ogni giudizio negativo espresso si deve allegare un rapporto "Segnalazione Cliente" (Allegato I) per la gestione della non conformità, riportando il numero della segnalazione nell'apposita colonna "N. SC".

<b>VALUTAZIONE DEL SERVIZIO EROGATO</b>				
<b>ARGOMENTO</b>	<b>Giudizio</b>			
	<b>Scarso</b>	<b>N. SC</b>	<b>Sufficiente</b>	<b>Buono</b>
1. Come giudicate la rispondenza del servizio erogato ai requisiti della specifica del servizio?				
2. Come giudicate la competenza del personale?				
3. Come giudicate il rispetto dei tempi di erogazione del servizio concordati?				
4. Come giudicate la capacità del personale nell'eseguire le operazioni previste nella specifica del servizio?				
5. Come giudicate il rispetto dell'indicazioni operative da Voi fornite per l'erogazione del servizio?				
6. Come giudicate il rispetto dei requisiti normativi e delle Vs. procedure interne cui risponde il servizio?				
7. Come giudicate il rispetto dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, se previsti, per le attività svolte?				
8. Come giudicate la capacità del personale di mantenere in buono stato le apparecchiature/attrezzature/automezzi da Voi fornite per l'erogazione del servizio?				
9. Secondo Voi sono stati raggiunti gli obiettivi del piano di lavoro discendenti dall'effettivo espletamento della mansione assegnate?	Si			No

<b>L'esito globale della valutazione è conforme alla specifica del servizio?</b>	Si	No
--	----	----

**Proposte di miglioramento del servizio:**


---



---



---

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

 Timbro e firma del Cliente  
 \_\_\_\_\_

<i>Servizi Ausiliari Sicilia S.C.p.A.</i>	<b>SEGNALAZIONE CLIENTE</b>	N° SC _____ / _____ Del _____ / _____ / _____
---	-----------------------------	--

<b>CLIENTE</b>	Cliente: ..... Servizio: ..... SDS ..... Sede di erogazione: ..... Segnalazione da: ..... posizione: .....
	<b>CONTENUTI della SEGNALAZIONE</b>
<b>SOCIETA'</b>	<b>DICHIARAZIONE DELLA S.A.S.</b>
	<input type="checkbox"/> Segnalazione fondata <input type="checkbox"/> Segnalazione non fondata: _____ _____ <b>Note:</b> _____ _____ Per la S.A.S.: Posizione: _____ Firma: _____
<b>CLIENTE</b>	<b>VERIFICA RISOLUZIONE DELLA SEGNALAZIONE</b>
	<input type="checkbox"/> Risolto <input type="checkbox"/> Non risolto <input type="checkbox"/> Altro: _____ <b>Note:</b> _____ _____ _____ _____ Data: Firma Cliente: _____ Firma S.A.S.: _____