

**Verbale visita di verifica
Accreditamento Professionale FCSA**

Verifica n°..... Data Riferimento Codice	Centro sottoposto a verifica: CENTRO N°..... Intestazione: Azienda: Località: Responsabile:
Riferimento: <input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Visita di mantenimento <input checked="" type="checkbox"/> Rinnovo	Principale documentazione di riferimento: <input type="checkbox"/> Manuale degli Standard <input checked="" type="checkbox"/> Autovalutazione <input checked="" type="checkbox"/> Relazione

ESITO DELLA VALUTAZIONE

N° Standard	Punteggio autovalutazione	Punteggio pesato	Punteggio Massimo
0			20
1			30
2			20
3			15
4			5
5			10
TOTALE			100

Livello di raggiungimento dell'obiettivo accreditamento		
Range Punteggio	GIUDIZIO	Suggerimento FCSA
0-50	INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	Si ritiene necessaria una verifica, sulla base delle criticità evidenziate, entro 6 mesi
51-70	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - verifica entro 6 mesi per chiusura NC
71-90	BUONO <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - visita di mantenimento dopo 2 anni
91-100	OTTIMO <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - visita di mantenimento dopo 2 anni

Data	I VALUTATORI:
------------	---------------

Data	Per il Direttivo FCSA: il Presidente Dott.ssa Daniela Poli
------------	---