



FACULDADE SANTO ANTÔNIO

**AVALIAÇÃO DA COMUNIDADE ATENDIDA PELO
PROGRAMA/PROJETO DE EXTENSÃO**

NOME:

FONE:

CIDADE/ESTADO:

PROJETO DE EXTENSÃO:

(Esta avaliação servirá para subsidiar possíveis alterações no projeto e, deverá ser preenchida por pelo menos 5 (cinco) beneficiários e, obrigatoriamente ser entregue em anexo ao relatório)

Nome completo:_____

Data de nascimento ____/____/____

1. As atividades desenvolvidas no projeto corresponderam às suas expectativas?

() Sim

() Não

2. O Projeto trouxe alguma mudança para a sua Comunidade?

() Sim

() Não

Se sim, quais foram?



FACULDADE SANTO ANTÔNIO

3. O projeto deve sofrer alguma alteração, para melhor atendê-los?

() Sim

() Não

4. Que outras ações você gostaria que fossem desenvolvidas junto a sua Comunidade?

5. Você participaria novamente do projeto?

() Sim

() Não

6. Sugestões:

Em ____/____/____.

Assinatura