|  |
| --- |
| **PESQUISA DE SATISFAÇÃO** |

TERMO DE FOMENTO Nº XX/XXXX-FPS

|  |
| --- |
| * 1. **Você participou ou teve conhecimento do processo de elaboração do projeto pleiteado pela NOME DA OSC junto ao Fundo de Promoção Social à época do Edital nº XX/XXXX-FPS?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| * 1. **Você teve conhecimento que a (nome da OSC) recebeu o recurso de R$ XXX.XXX,XX do Governo do Estado do Amazonas para (citar o objetivo geral)?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| * 1. **Você soube/ participou de alguma orientação técnica promovida pela *OSC*?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente  R: |

|  |
| --- |
| * 1. **O projeto tem beneficiados todos os usuários?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| * 1. **Você está satisfeito com a execução do projeto?** |
| ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente |

|  |
| --- |
| * 1. **O que poderia ser melhorado na execução do projeto?** |
|  |

XXXXXXXXX, XX de XXXXXXX de XXXX.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Beneficiário/Responsável**