

GLOBOS CENTRO VEIKLOS KOKYBĖS VERTINIMO AKTAS

_____ Nr. _____
(data)

Globos centro pavadinimas

Vertinimo laikotarpis: nuo _____/_____/_____ iki _____/_____/_____

Vertinimo data: _____/_____/_____

Atliekamas vertinimas planinis ☐ neplaninis ☐

[įrašykite priežastį, dėl kurios organizuojamas neeilinis globos centro veiklos kokybės vertinimas]

Globos centro kontaktai:

Adresas _____

Telefono Nr. _____

El. pašto adresas _____

Vertinime dalyvavo globos centro

atstovas (pareigos, vardas ir pavardė) _____

atstovas (pareigos, vardas ir pavardė) _____

Vertinimo metu dalyvavo _____

(valstybės ar savivaldybės įstaigos, institucijos, nevyriausybinės
organizacijos pavadinimas)

atstovas _____
(pareigos) (vardas ir pavardė)

Vertinimo tikslas – _____

Tarnybos vertinimo išvados, nustatyta geroji patirtis ir galimi teisės aktų pažeidimai/
neatitikimai:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Tarnybos rekomendacijos:

Departamento vertinimo nustatyta geroji patirtis ir galimi teisės aktų pažeidimai/
neatitikimai:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Departamento rekomendacijos:

Vertinimo atliko
Tarnybos atstovas:

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Tarnybos atstovas:

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Departamento atstovas

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Departamento atstovas

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)