



## DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

Gentile utente,

le chiediamo di aiutarci a migliorare il nostro programma, rispondendo ad alcune semplici domande sul servizio ricevuto. Poiché ci interessano le sue opinioni, la preghiamo di rispondere a tutte le domande, inserendo anche commenti e consigli.

Il questionario è anonimo, i dati raccolti saranno trattati in modo aggregato nel rispetto della legge sulla privacy.

## CROCIARE UNA SOLA RISPOSTA

1. Come giudica la qualità del servizio ricevuto?

1 Scarsa	2 Discreta	3 Buona	4 Eccellente
----------	------------	---------	--------------

2. Ha ottenuto il tipo di servizio desiderato?

1 No, assolutamente	2 No, non proprio	3 Sì, in parte	4 Sì. Senza dubbio
---------------------	-------------------	----------------	--------------------

3. Fino a che punto il nostro programma ha soddisfatto le sue esigenze?

1 Non è stata soddisfatta nessuna delle mie esigenze	2 E' stata soddisfatta solo una parte delle mie esigenze	3 Sono state soddisfatte la maggior parte delle mie esigenze	4 Sono state soddisfatte tutte le mie esigenze
--	--	--	--

4. Consiglierebbe questo programma?

1 No, assolutamente	2 No, non credo	3 Credo di sì	4 Sì, senza dubbio
---------------------	-----------------	---------------	--------------------

5. I servizi da Lei ricevuti hanno consentito di affrontare i problemi con maggior efficienza ?

1 No, sembra che abbiano peggiorato le cose	2 No, non mi hanno affatto aiutato	3 Sì. Mi hanno aiutato abbastanza	4 Sì, mi hanno aiutato molto
---	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

6. Complessivamente, qual è il suo livello di soddisfazione per il servizio ricevuto ?

1 Abbastanza insoddisfatto	2 Indifferente o leggermente insoddisfatto	3 Per la maggior parte soddisfatto	4 Molto soddisfatto
----------------------------	--	------------------------------------	---------------------

7. Se dovesse avere ancora bisogno, sceglierebbe nuovamente il nostro programma ?

1 No, assolutamente	2 No, non credo	3 Sì, credo di sì	4 Sì, senza dubbio
---------------------	-----------------	-------------------	--------------------

8. Ha percepito un interesse commerciale durante l'erogazione del servizio?

1 No, assolutamente	2 No, non credo	3 Sì, credo di sì	4 Sì, senza dubbio
---------------------	-----------------	-------------------	--------------------



DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

**ARGOMENTI DA APPROFONDIRE**

Può sintetizzare almeno due aspetti positivi e due critici/negativi che a Suo avviso si sono evidenziati nell'esperienza formativa?

---

---

Aspetti critici/negativi

---

---

Proposte per migliorare il nostro servizio:

---

---

---

La ringraziamo per La collaborazione