



Titolo e numero dell'evento:

Luogo e data di svolgimento

Nome del Provider:

N° Provider:

QUESTIONARIO DI QUALITA' PERCEPITA PER EVENTI ECM CHE NON PREVEDONO SPONSOR

Si prega voler cortesemente compilare la presente scheda, contrassegnando i numeri che meglio rispondono alla Sua opinione. *La Sua valutazione ci sarà utile per migliorare la qualità della nostra attività di aggiornamento e di formazione.* Si invita a consegnare la scheda presso la Segreteria Organizzativa al termine dell'incontro. Grazie.

1. Come valuta complessivamente l'evento formativo a cui ha partecipato?

Non soddisfacente **1** **2** **3** **4** **5** Molto soddisfacente

2. Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante **1** **2** **3** **4** **5** Molto rilevante

3. Come valuta la qualità educativa di questo evento ECM?

Insufficiente **1** **2** **3** **4** **5** Eccellente

4. Come valuta l'utilità di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?

Insufficiente **1** **2** **3** **4** **5** Molto utile

5. Come valuta le esercitazioni svolte? (se previste)

Inutili **1** **2** **3** **4** **5** Molto utili

6. Come valuta l'accoglienza e l'assistenza effettuate dalla segreteria e dal tutor d'aula?

Non soddisfacente **1** **2** **3** **4** **5** Molto soddisfacente

7. Come valuta gli aspetti logistici (sede, aula, strumenti didattici)

Insufficienti **1** **2** **3** **4** **5** Molto buoni

8. Come valuta la qualità della docenza?

Nome docente	Valutazione complessiva						
	Insoddisfatto	1	2	3	4	5	Molto soddisfatto
	Insoddisfatto	1	2	3	4	5	Molto soddisfatto
	Insoddisfatto	1	2	3	4	5	Molto soddisfatto

Commenti sui docenti

.....

.....

.....

9. Come valuta la durata dell’evento?

troppo breve adeguato troppo lungo

10. Ritiene che nel programma ci siano riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza interessi commerciali?

No 1 2 3 4 5 Molto rilevanti*

* In caso di risposte contrassegnate con “4” o “5” si prega di indicare qualche esempio.

.....

.....

Punti di forza

.....

.....

.....

.....

Punti di miglioramento

.....

.....

.....

.....

Ulteriori commenti e suggerimenti

.....

.....

.....

.....

Se lo ritiene opportuno potrà inviare copia di questa scheda, oltre che al Provider, anche a: ecmfeedback@agenas.it