



**Titolo e numero dell'evento:** .....

**Luogo e data di svolgimento** .....

**Nome del Provider:** .....

**N° Provider:** .....

## QUESTIONARIO DI QUALITA' PERCEPITA PER EVENTI ECM RESIDENZIALE, BLENDED E FORMAZIONE SUL CAMPO

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.*

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

Non rilevante	Poco rilevante	Rilevante	Più che rilevante	Molto rilevante
1	2	3	4	5

**2.** Come valuta la **qualità** educativa di questo evento ECM?

Insufficiente	Parziale	Sufficiente	Buono	Eccellente
1	2	3	4	5

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

Insufficiente	Poco utile	Utile	Più che utile	Molto utile
1	2	3	4	5

**4.** Questo programma ECM è stato preparato senza il supporto di Sponsor  
Ritiene che nel programma ci siano stati riferimenti di interesse commerciale?  
(da compilare anche in assenza di sponsor apponendo una crocetta sotto)

Nessuna influenza	Influenza poco rilevante	Influenza rilevante	Influenza più che rilevante*	Influenza molto rilevante*
1	2	3	4	5

\*in caso di risposte di influenza "più che rilevante" o "molto rilevante" indicare qualche esempio:

.....  
.....

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

Non soddisfacente	Poco Satisfacente	Satisfacente	Più che soddisfacente	Molto soddisfacente
1	2	3	4	5

**6.** Come valuta le **esercitazioni svolte**? Qualora non fossero previste, togliere questa domanda

Insufficienti	Poco utili	Utili	Più che utili	Molto utili
---------------	------------	-------	---------------	-------------

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

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

Non soddisfacente	Poco Satisfacente	Satisfacente	Più che soddisfacente	Molto soddisfacente
1	2	3	4	5

**8. Come valuta gli aspetti logistici (sede, aula, strumenti didattici, piattaforma informatica)**

Insoddisfatto	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Più che soddisfatto	Molto soddisfatto
1	2	3	4	5

**9. Come valuta la qualità della docenza?**

Nome del docente	Non soddisfacente	Poco Satisfacente	Satisfacente	Più che soddisfacente	Molto soddisfacente
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

**Commenti sui docenti**

.....

.....

.....

**10. Come valuta la durata dell'evento?**

troppo breve  adeguato  troppo lungo

**Punti di forza**

.....

.....

.....

.....

**Punti di miglioramento**

.....

.....

.....

.....

**Ulteriori commenti e suggerimenti**

.....

.....

.....

.....

Se lo ritiene opportuno potrà segnalare il contenuto della presente scheda, evidenziando eventuali anomalie, con particolare riferimento al punto 4, utilizzando l'indirizzo e-mail [ecmfeedback@agenas.it](mailto:ecmfeedback@agenas.it) o altre modalità di comunicazione messe a disposizione dall'ente accreditante