



Questionario sul grado di soddisfazione dei familiari e figure di riferimento

C.D.D. San Michele/Beata C. Bosatta

1. Compilatore (il dato può essere omesso)

2. Grado di parentela e/o forma di protezione giuridica

3. Il suo familiare frequenta volentieri il Servizio?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | |
| <input type="checkbox"/> Quasi mai | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Non so |

4. Come considera complessivamente l'attività educativa svolta?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ottima | <input type="checkbox"/> Buona | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so |

5. Ritiene che le attività proposte siano adeguate ai bisogni e alle peculiarità del suo familiare o assistito?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | |
| <input type="checkbox"/> Quasi mai | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Non so |

6. Ritiene che le attività proposte soddisfino i desideri e le aspettative del suo familiare o assistito?

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Quasi sempre | |
| <input type="checkbox"/> Quasi mai | <input type="checkbox"/> Mai | <input type="checkbox"/> Non so |

7. Come considera l'attività fisioterapica effettuata presso il Servizio?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ottima | <input type="checkbox"/> Buona | | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so | |

8. Come valuta l'organizzazione della giornata?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ottima | <input type="checkbox"/> Buona | | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so | |

9. Come valuta il servizio di mensa?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ottimo | <input type="checkbox"/> Buono | | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so | |

10. Come valuta il servizio di trasporto?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ottimo | <input type="checkbox"/> Buono | | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so | |

11. Come valuta il grado di pulizia degli ambienti?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ottimo | <input type="checkbox"/> Buono | | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non so | |

12. Quale giudizio generale ha maturato riguardo gite e soggiorni marini svolti nel 2016?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> Ottimo | <input type="checkbox"/> Buono | <input type="checkbox"/> Non so | |
| <input type="checkbox"/> Sufficiente | <input type="checkbox"/> Insufficiente | <input type="checkbox"/> Non | ha |

partecipato

13. Ritiene che l'orario di apertura del servizio sia adeguato alle necessità dell'utente e/o della famiglia?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Non so | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|

In caso di risposta negativa, può indicare i motivi ed eventuali suggerimenti/indicazioni:

Data _____

Si ringrazia per la gentile collaborazione!