



**Gentilissimo,**

al fine di migliorare sempre più la qualità dei servizi da noi espletati e di cui Lei fa uso. La preghiamo di compilare il seguente questionario e di consegnarlo presso la nostra sede. Il nostro obiettivo è quello di conoscere le Sue esigenze e la sua opinione sulle prestazioni da noi erogate.

Grazie

La Direzione

	2	4	6	8	10
	Pessimo	Insufficiente	Adeguate	Buono	Ottimo
Come giudica l'atteggiamento e la disponibilità del nostro personale?					
Come valute le informazioni ricevute sulle pratiche per accedere al trattamento?					
Come valuta la preparazione del nostro personale?					
Come valuta la disponibilità e la chiarezza in caso di richieste di chiarimento o altro?					
Come giudica la chiarezza delle informazioni su diagnosi, trattamento e durata della riabilitazione?					
Come giudica la pulizia dei nostri locali?					
<b>Da chi ha avuto notizia dell'esistenza del nostro servizio</b>					
Altri utente	ASP	Sito WEB	Associazioni	Altro	.....
<b>Consiglierebbe ad un amico/parente i nostri servizi riabilitativi?</b>					
	Si			No	
Se No, potrebbe fornirci un consiglio per migliorare la qualità del servizio?					
.....					
.....					
.....					
.....					

Data .....