

C.S.R.
CONSORZIO SICILIANO DI RIABILITAZIONE
SOCIETA' CONSORTILE a r.l.
CATANIA

SODDISFAZIONE UTENTE

Mod. QLT003.A1.00

Gentile Utente, Le chiediamo di dedicarci un po' del suo tempo per compilare il presente Questionario, che ci permetterà di migliorare i nostri servizi e di adeguarli alle Sue aspettative. Il questionario è anonimo. La ringraziamo per la sua disponibilità e la invitiamo ad utilizzare lo stesso modulo per comunicarci eventuali suoi suggerimenti. Per esprimere le sue valutazioni sul grado di **SODDISFAZIONE** dei nostri servizi, Le chiediamo di barrare la casella corrispondente al suo giudizio.

Legenda simboli	Molto Soddisfatto "5"	Soddisfatto "4"	Mediamente Soddisfatto "3"	Poco Soddisfatto "2"	Insoddisfatto "1"
COMPETENZA	5	4	3	2	1
TEMPI DI ATTESA IN ACCETTAZIONE	5	4	3	2	1
CORTESIA	5	4	3	2	1
TEMPI DI ATTESA PER LA TERAPIA	5	4	3	2	1
RISERVATEZZA	5	4	3	2	1
ATTENZIONE ALL'UTENTE	5	4	3	2	1
AFFIDABILITA'	5	4	3	2	1
CHIAREZZA DELL' INFORMAZIONE ALL'UTENTE	5	4	3	2	1
QUALITA' GLOBALE DEL SERVIZIO	5	4	3	2	1

La preghiamo di utilizzare il sottostante spazio per eventuali graditi **SUGGERIMENTI** o **RECLAMI**.

N.B. Se non volesse rendere anonima tale segnalazione la preghiamo di voler compilare anche gli spazi sottostanti:

CENTRO DI:	SETTORI				
	AMB.	DOM.	SEM.	INT.	DIURNO

COGNOME:	NOME:				
VIA:	CAP:	CITTÀ:			
TEL 1.:	TEL 2.:				

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016.

Data compilazione _____

Firma _____

Può farci pervenire questo modulo nei seguenti modi:

All'indirizzo e-mail: info@csraias.it;

Al numero fax: 095-8311999;

Nelle apposite cassette poste nelle sale d'aspetto degli ambulatori;

Al servizio sociale dei vari settori.

Grazie per la collaborazione.