

Allegato b)

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

**AL RESPONSABILE DEL CENTRO DIURNO
DISABILI ADULTI
06/93276366
Via Aldobrandini n. 2
Anzio**

Il/La sottoscritto/a

in qualità di tutore/amministratore di sostegno di:

si ritiene soddisfatto o non soddisfatto del Centro Diurno Disabili Adulti del Distretto ASL Roma6?

Perché?

Può esprimere di seguito la sua valutazione utilizzando la scala sotto indicata:

da 1= gravemente insufficiente □ a 5 = ottimo

A) ORGANIZZAZIONE: relativamente all'organizzazione del Centro si richiede di esprimere la propria valutazione in merito a:

1	Flessibilità del personale	1	2	3	4	5
2	Pulizia e ordine della struttura	1	2	3	4	5
3	Disponibilità alla collaborazione	1	2	3	4	5

4	Cortesia del personale	1	2	3	4	5
5	Comunicazione con i familiari	1	2	3	4	5
6	Professionalità e competenza degli operatori	1	2	3	4	5

B) I SERVIZI relativamente ai Servizi erogati dal Centro Diurno si richiede di esprimere la propria valutazione in merito a:

1	Coordinamento	1	2	3	4	5
2	Servizio Amministrativo	1	2	3	4	5
3	Servizio Sociale	1	2	3	4	5
4	Laboratori/uscite	1	2	3	4	5
5	Centro Diurno	1	2	3	4	5
6	Servizio mensa	1	2	3	4	5
7	Servizio trasporto	1	2	3	4	5
8	Attività preposte	1	2	3	4	5

SUGGERIMENTI UTILI: _____

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

Si autorizza il trattamento dei dati di cui sopra ai sensi Regolamento (UE) GDPR 2016/679;

DATA _____ FIRMA _____