**Questionario di valutazione del servizio**

Gentile Paziente,

al fine di valutare il Suo Gradimento dei Servizi offerti da OTIP, Le chiediamo cortesemente di rispondere a questo breve questionario.

I suoi suggerimenti e le Sue opinioni potranno esserci utili per ottimizzare e migliorare i nostri servizi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETÀ (anni compiuti):** | 20/39 |  | 40/59 |  | 60/79  |  | 80 e oltre |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO** |  |  | **SITUAZIONE LAVORATIVA** |  |
|  |  |  |  |  |
| Nessuno |  |  | Studente/essa |  |
| Scuola primaria |  |  | Disoccupato/a |  |
| Licenza media |  |  | Casalingo/a |  |
| Diploma professionale |  |  | Impiegato/a |  |
| Diploma superiore |  |  | Libero professionista |  |
| Laurea |  |  | Pensionato/a |  |
| Altro |  |  | Altro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| RIGUARDO IL **PERSONALE DI SEGRETERIA**, COME VALUTA |  |
|  |  |
| La cortesia e disponibilità | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| La professionalità | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| RIGUARDO IL **PERSONALE SANITARIO**, COME VALUTA |  |
|  |  |
| La cortesia e disponibilità | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| La professionalità | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| RIGUARDO LA **PRESTAZIONE/CONSULENZA** RICEVUTA, COME VALUTA |  |
|  |  |
| Il tempo di attesa | Ottimo |  | Buono |  | Scarso |  | Pessimo |  |  |
|  |  |
| Le informazioni ricevute | Ottime |  | Buone |  | Scarse |  | Pessime |  |  |
|  |  |
| La qualità complessiva | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| Il costo sostenuto | Ottimo |  | Buono |  | Scarso |  | Pessimo |  |  |
|  |  |
| Il rispetto della privacy | Ottimo |  | Buono |  | Scarso |  | Pessimo |  |  |
|  |  |
| RIGUARDO IL **CENTRO OTIP**, COME VALUTA |  |
|  |  |
| La struttura e i locali | Ottimi |  | Buoni |  | Scarsi |  | Pessimi |  |  |
|  |  |
| La pulizia | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |
| L’accessibilità (visibilità, parcheggio, barriere architettoniche, ecc.) | Ottima |  | Buona |  | Scarsa |  | Pessima |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| L’orario di apertura | Ottimo |  | Buono |  | Scarso |  | Pessimo |  |  |
|  |  |
| Consiglierebbe ad altre persone di rivolgersi a OTIP? | Si |  | No |  |  |
|  |  |
| Perché? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| Qualora ne avesse necessità si rivolgerebbe nuovamente a OTIP? | Si |  | No |  |  |
|  |  |

La ringraziamo per la Sua gentilezza e Le richiediamo, nel caso volesse farlo, di aggiungere nello spazio sottostante un commento o suggerimento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Torino, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    