



	Ottimo	Buono	Sufficiente	Inadeguato
Ambiente e comfort (arredamenti, tranquillità)_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organizzazione della giornata _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Cibo:</u> a) Presentazione_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Qualità_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Quantità_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Orario pasti_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orario di apertura del servizio_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come giudica globalmente la vita presso il CDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggerimenti per migliorare il servizio:

I risultati dell'indagine saranno visibili a tutti i fruitori del servizio, attraverso il sito internet di Fondazione "Casa di Industria Onlus".



QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO - CENTRO DIURNO INTEGRATO -

Gentile Ospite/Familiare,

La invitiamo a segnalarci le Sue osservazioni relative al livello dei servizi offerti compilando il seguente modulo. Lo potrà consegnare all'Ufficio Segreteria (Dott.ssa Sovereto) oppure "imbucarlo" nelle apposite cassette situate presso la portineria dell'Ente entro il **03/12/2018**.

Le Sue considerazioni verranno prese in esame al fine di migliorare la qualità dei nostri servizi. La ringraziamo per la cortese collaborazione.

Il Consigliere Delegato
Dott. Federico Fontana

Data _____

Ospite Parente Operatore altro _____

COME GIUDICA I SERVIZI OFFERTI:

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Inadeguato
Servizio medico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio infermieristico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizio socio-assistenziale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attività di animazione e socializzazione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ginnastica di gruppo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapia e terapie fisiche individuale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestazioni Amministrative _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portineria e centralino _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associazione Volontari _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporti _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relazioni umane _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia ambienti _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

