



## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE

Consultorio  
Familiare  
Priula

Gentile Signora/e

Per aiutarci a migliorare il nostro servizio le saremmo grati se potesse dedicare pochi minuti del suo tempo alla compilazione di questo breve questionario anonimo, esprimendo alcune sue valutazioni sul Consultorio Familiare Priula, segnalando critiche, suggerimenti e proposte.

Data, \_\_\_\_\_



via De' Medici, 13 - San Pellegrino Terme (Bg)  
0345.1820708 - consultorio.priula@coopincammino.it

## Data compilazione

--	--	--	--	--	--

## Il suo contatto con il Consultorio Familiare Priula è avvenuto in qualità di:

- Utente       Familiare di un Utente

## Quanto è soddisfatto del Consultorio Familiare Priula?

Livello di soddisfazione rispetto a :	1 poco	2	3	4	5 molto
Tempi di attesa					
Orari e modalità di accesso					
Confort ambienti					
Accoglienza segreteria					
Chiarezza delle informazioni					
Competenza dei lavoratori					
Efficacia degli interventi					
Note					

## Quali operatori hai incontrato?

- Segretaria     Ostetrica     Ginecologa     Assistente Sociale     Psicologa
- Pedagogista     Mediatore Familiare     Assistente sanitaria

## Rispetto alle esigenze che l'hanno indotta a rivolgersi al Consultorio in che misura il servizio si è dimostrato utile?

Livello di soddisfazione rispetto a:	1 poco	2	3	4	5 molto
Comprendere la situazione e/o la natura e portata dei problemi					
Riconoscere risorse personali o familiari utili ad affrontare le situazioni e i problemi					
Superare le difficoltà o portare a soluzione i problemi					
Trovare altre opportunità e servizi adeguati ad affrontare le situazioni problematiche					



Note

**Ci segnali uno o più aspetti critici o passabili di miglioramento che ha riscontrato nell'attività e nell'organizzazione del consultorio**


**Ci indichi alcune proposte che potrebbero arricchire il quadro delle opportunità e delle risorse rese disponibili dal consultorio**


**Su una scala da 1 a 10 ci dia la sua valutazione di sintesi rispetto alla qualità del servizio erogata dal Consultorio Familiare Priula**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Ai fini dati statistici le chiediamo di compilare i seguenti campi**

- Sesso       M                       F      Età: \_\_\_\_ anni
- Cittadinanza:     Italiana                       Straniera
- Stato Civile       Coniugato/a       Celibe/Nubile       Separato/a       Vedovo/a  
                          Convivente     Divorziato/a
- Titolo di studio       Licenza                       Licenza Media       Diploma                       Laurea  
   Elementare                      Inferiore
- Professione       Imprenditore/trice     Operaio  
    Libero Professionista     Casalinga  
    Lavoratore/trice Autonomo/a     Pensionato/a  
    Dirigente     Studente/tessa  
    Impiegato/a     Disoccupato/a  
    Insegnante     Altra occupazione  
    Lavoratore/trice occasionale

**Terminata la compilazione le chiediamo di riporla nell'apposita cassetta presente nella sala d'attesa.**

Grazie per l'attenzione e la disponibilità