

### Direzione Ambiente e Sicurezza del Territorio Servizio Prevenzione e Protezione **Ufficio Tutela Sanitaria**



## Questionario di rilevazione della soddisfazione degli Utenti

## Gentile Signora/e,

il Comune di Venezia sta conducendo un'indagine per rilevare il grado di soddisfazione delle iniziative e dei servizi offerti. Le chiediamo, quindi, di compilare il seguente questionario che ci sarà utile per conoscere la vostra opinione e i vostri suggerimenti. La preghiamo di utilizzare una penna nera o blu, annerendo o barrando le caselle con una X e, laddove richiesto, scrivendo in stampatello in modo chiaro e leggibile. Grazie per la collaborazione!

Esempio  ABCD (1)	oppure 🔏 (4)	Sede					
							PIEGARE QUI
SEZIONE 1							
Si prega di annerire o barrare le caselle con una X, tenendo presente che la scala esprime un valore crescente da 1 a 10, dove con 1 intendiamo "insufficiente" e con 10 "ottimo".							
A. Il personale le ha	a dato informazio	ni chiare?					
B. Ritiene adeguato il materiale informativo cartaceo disponibile presso l'ambulatorio?							
C. Il personale le è sembrato professionalmente preparato?							
D. Gli orari di convocazione hanno creato problemi al servizio di appartenenza?							
E. Ritiene adeguati i canali di accesso al servizio Tutela Sanitaria (telefono, e-mail, fax, sito web)?							
PIEGARE QUI F. Il personale è stato in grado di soddisfare le sue richeste/ quesiti?							
0 2	3	4	5	9			
G. Ritiene adeguati gli ambienti di ricevimento dell'utenza?							
0 0	3						
H. Il personale ha un comportamento cortese nei suoi confronti?							
0 0	3						
I. Nel parlare con il personale le è sembrato garantito il suo diritto alla privacy?							
0 2	3	4		•	8		
J. Come valuta nel complesso il servizio erogato?							
	3	4					



# K. Esponga in questo spazio, se lo desidera, le sue osservazioni ed i suoi suggerimenti per il miglioramento del servizio: L. Come è venuto a conoscenza dell'esistenza del nostro servizio? (barrare una sola scelta) Dal datore Dal Dirigente / Dai colleghi Sito Altro di lavoro Responsabile di lavoro M. E' stato sottoposto a tutela sanitaria? (barrare una sola scelta) Convocato dal Su richiesta servizio N. Con quale frequenza ha consultato nell'ultimo anno il sito del servizio? Mai fino ad 1-2 volte Più di 2 volte oggi

#### O. Sesso M P. Categoria di appartenenza Addetto Area Lavoratori Vigile Altro educativa videoterminale notturni Q. In servizio presso il Comune di Venezia Tempo Da 0 a 5 anni Altro Da più di 10 anni Da 6 a 10 anni determinato R. Età Fino a 30 anni Da 41 a 55 anni Da 31 a 40 anni Più di 55 anni

