

Sede operativa
C.P.A. "Il Gabbiano"
Via Gorno Ruffoni, 14
25026 PONTEVICO (BS)
Tel./Fax 0309330710
e-mail: comunitaprotetta@ilgabbiano.it

QUESTIONARIO PER I FAMIGLIARI

Gentile Signora/Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di riporlo nell'apposita cassetta situata all'ingresso della Struttura **entro il prossimo**_____.

Riteniamo molto importante la Sua opinione sugli argomenti toccati, e la Sua collaborazione renderà possibile una valutazione critica della nostra organizzazione finalizzata ad un continuo miglioramento dei servizi offerti.

I risultati raccolti saranno resi pubblici come previsto nella Carta dei Servizi.

Il questionario è anonimo, qualsiasi segno di riconoscimento non comporta, ad ogni modo, il suo annullamento; in questo caso si garantisce che i dati verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di privacy.

La ringraziamo per la collaborazione e Le rivolgiamo un cordiale saluto.

Come giudica le voci di seguito elencate:	Ottimo	Buono	Discreto	Sufficiente	Insufficiente
Gentilezza, cortesia e rispetto da parte degli operatori nei suoi confronti					
Chiarezza nelle risposte alle sue richieste da parte dei vari operatori					
Supporto educatore					
Assistenza medica					
Assistenza infermieristica					
Accoglienza al momento dell'ingresso del suo familiare					
Assistenza del personale A.S.A.					
Organizzazione della giornata e attività riabilitative proposte					

Sede Legale

via Abate Cremonesini 6/8, 25026 PONTEVICO (BS) - P.IVA 00722770989 C.F. 03043390172

Sede Amministrativa

via Giroldi Forcella 27, 25026 PONTEVICO (BS) T 030 9930282/594 E info@ilgabbiano.it W ilgabbiano.it

Grado di soddisfazione dei bisogni della sua famiglia					
Livello di attenzione ai bisogni del suo familiare					
Pulizia degli ambienti					
Qualità dei pasti					
Soddisfazione rispetto al servizio di Trasporto verso altri luoghi (visite, colloqui e contatti CPS)					
Soddisfazione rispetto al supporto avuto per sussidi sociali (pensione, invalidità, ADS, ecc.)					
Utilità degli incontri di verifica con i familiari					
Come valuta complessivamente il Servizio?					

OSSERVAZIONI E PROPOSTE:

Data _____

Sede Legale

via Abate Cremonesini 6/8, 25026 PONTEVICO (BS) - P.IVA 00722770989 C.F. 03043390172

Sede Amministrativa

via Giroldi Forcella 27, 25026 PONTEVICO (BS) T 030 9930282/594 E info@ilgabbiano.it W ilgabbiano.it



GABBIANO
COOPERATIVE SOCIALI

	Cooperative	Area	Servizio	Codice
	TUTTE	TUTTE	QUALITÀ	Mo9.1.2.1
	MODULO DI RECLAMO O SUGGERIMENTO			REV.00

Il suo è un: RECLAMO SUGGERIMENTO

Lei è un: OSPITE/UTENTE PARENTE ALTRO

Se desidera essere contattato per una risposta, che Le verrà comunicata entro 30 giorni, ci lasci i Suoi dati:

Cognome e Nome residente a
, in via, n. recapiti telefonici

Cosa è successo? (Indichi brevemente cosa la spinge ad esporre il reclamo o il suggerimento)

.....

Dove e Quando è successo l'accaduto? (Indichi luogo, data, orari, ecc.)

.....

Cosa richiede e/o suggerisce?

.....

Data

Una volta compilato il modulo, si prega cortesemente di inserirlo nell'apposita cassetta.

Spazio riservato al Responsabile di Area (non compilare lo spazio sottostante)

Data di raccolta del documento: - Classificazione: Reclamo - Suggerimento

É stata data una risposta immediata? No - Si: sintesi della risposta:

.....

Data Firma

Spazio riservato al Responsabile Gestione Qualità

N° attribuito al Reclamo _____

Aperta Non Conformità? No - Si, NC N° Aperta Azione di Miglioramento? No - Si, AM N°

Data Firma RGQ