

QUESTIONARIO PER I FAMIGLIARI

Gentile Signora/Egregio Signore,

Le chiedo cortesemente di compilare il questionario di seguito riportato e di riporlo nell'apposita cassetta situata nell'atrio della portineria **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 |
|---|--|--------|-------|----------|-------------|---------------|
| Rapporti umani | 1. Accoglienza al momento dell'ingresso in Struttura | | | | | |
| | 2. Gentilezza, cortesia e rispetto da parte degli Operatori nei Suoi confronti | | | | | |
| | 3. Tempestività e chiarezza nelle risposte alle Sue richieste da parte dei vari Operatori | | | | | |
| | 4. Tempestività delle informazioni relative alle condizioni di salute del Suo familiare | | | | | |
| Servizi | 5. Servizio pulizie | | | | | |
| | 6. Servizio ristorazione | | | | | |
| | 7. Servizio lavanderia | | | | | |
| | 8. Servizio di assistenza religiosa | | | | | |
| | 9. Servizio Accoglienza (orari di apertura, tempi di risposta, ecc.) | | | | | |
| | 10. Possibilità di usufruire degli spazi messi a disposizione (Chiesa, saloni, giardino, ecc.) | | | | | |

| Come giudica le voci di seguito elencate: | | Ottimo | Buono | Discreto | Sufficiente | Insufficiente |
|--|--|--------|-------|----------|-------------|---------------|
| Personale | 11. Assistenza medica | | | | | |
| | 12. Assistenza infermieristica | | | | | |
| | 13. Assistenza personale ausiliario socio assistenziale | | | | | |
| | 14. Assistenza animativa/educativa | | | | | |
| | 15. Disponibilità del Personale del Servizio Accoglienza | | | | | |
| 16. Come giudica il rapporto retta pagata/ servizio offerto? | | | | | | |

17. Quali sono gli elementi qualificanti che caratterizzano la nostra Struttura?

18. Quali sono gli elementi critici che emergono nella nostra Struttura?

19. Suggerimenti e proposte:

Data _____

Si informa che il **Servizio Clienti** della Cooperativa è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 17:00, al numero 334/6859401 e all'indirizzo e-mail servizioclienti@ilgabbiano.it, per la presa in carico di eventuali richieste/reclami e per fornire informazioni in merito a questo ed altri servizi della Cooperativa.

Sede Legale

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

Sede Amministrativa

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



GABBIANO
COOPERATIVE SOCIALI