

 GABBIANO <small>COOPERATIVE SOCIALI</small>	<i>Cooperative</i>	<i>Area</i>	<i>Servizio</i>	<i>Codice</i>
	TUTTE	TUTTE	QUALITÀ	Mo9.1.2.2
	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE FAMIGLIE - CDD			REV.00

DATA ____ \ ____ \ ____

Con il presente questionario Le chiediamo cortesemente di esprimere il Suo gradimento sul servizio ricevuto. Per ognuna delle voci sotto riportate, esprima la Sua valutazione barrando il numero corrispondente al Suo giudizio, scegliendolo un valore compreso tra **1 (Giudizio molto negativo)** a **10 (Giudizio molto positivo)**.

A. TRASPORTO	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
A.1 Puntualità del pulmino	<input type="checkbox"/>									
A.2 Percorso del pulmino e corrispondenza con le esigenze di vostro/a figlio/a e famiglia	<input type="checkbox"/>									
A.3 Sicurezza del servizio offerto	<input type="checkbox"/>									
A.4 Qualità degli automezzi	<input type="checkbox"/>									

B. MENSA	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
B.1 Varietà del Menu	<input type="checkbox"/>									
B.2 Rispetto dei gusti di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
B.3 Apprezzamento delle pietanze da parte di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
B.4 Corrispondenza/rispetto delle esigenze dietetiche di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									

C. AMBIENTE	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
C.1 Adeguatezza dei laboratori rispetto alle attività interne	<input type="checkbox"/>									
C.2 Corrispondenza degli spazi e delle strutture presenti con le esigenze di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
C.3 Grado di accoglienza con cui si presenta la struttura	<input type="checkbox"/>									

D. ATTIVITÀ	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
D.1 Varietà delle attività interne di laboratorio	<input type="checkbox"/>									
D.2 Varietà delle attività esterne (piscina, attività ippica, dramma, educazione al suono, ecc.)	<input type="checkbox"/>									
D.3 Apprezzamento delle attività svolte da parte di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
D.4 Corrispondenza delle attività svolte da vostro/a figlio/a alle sue potenzialità	<input type="checkbox"/>									
D.5 Corrispondenza delle attività svolte da vostro/a figlio/a ai suoi interessi	<input type="checkbox"/>									

E. INIZIATIVE	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
E.1 Soddisfazione / apprezzamento delle iniziative proposte (gite, bancarelle, incontri, ecc.)	<input type="checkbox"/>									
E.2 Coinvolgimento della famiglia alle iniziative promosse dal CDD	<input type="checkbox"/>									
E.3 Varietà delle iniziative proposte	<input type="checkbox"/>									

	<i>Cooperative</i>	<i>Area</i>	<i>Servizio</i>	<i>Codice</i>
	TUTTE	TUTTE	QUALITÀ	Mo9.1.2.2
	QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE FAMIGLIE - CDD			REV.00

F. PERSONALE	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
F.1 Gestione del servizio	<input type="checkbox"/>									
F.2 Professionalità del Personale	<input type="checkbox"/>									
F.3 Disponibilità del Personale nei confronti della famiglia	<input type="checkbox"/>									
F.4 Fiducia riposta nel Personale	<input type="checkbox"/>									
F.5 Rapporto del Personale con vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
F.6 Cura e attenzione del Personale alle esigenze di vostro/a figlio/a	<input type="checkbox"/>									
F.7 Riposta del Personale alle richieste avanzate dalla famiglia	<input type="checkbox"/>									

G. COMUNICAZIONE TRA LA FAMIGLIA ED IL SERVIZIO	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
G.1 Puntualità nelle comunicazioni	<input type="checkbox"/>									
G.2 Modalità di comunicazione	<input type="checkbox"/>									

H. STRUTTURA E TERRITORIO	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
H.1 Modalità di diffusione della conoscenza della struttura	<input type="checkbox"/>									
H.2 Risposta del CDD alle iniziative promosse sul territorio	<input type="checkbox"/>									

Ringraziandola per la preziosa collaborazione, Le chiediamo infine se ha suggerimenti per migliorare il Servizio:
