

Centro Unico di Formazione

Valorizzazione delle risorse umane della sanità



Questionario di valutazione evento FAD / BLENDED (con FAD)

Nome del provider				ID	
Tito	olo dell'evento				
DataII		ID eve	nto	Edizione	
1.	Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle sue necessità di aggiornamento?				
	Non rilevante	Poco rilevante	Rilevante	Più che rilevante	Molto rilevante
	1	2	3	4	5
2.	Come valuta la qualità educativa di questo programma ECM?				
	Insufficiente	Parziale	Sufficiente	Buono	Eccellente
	1	2	3	4	5
3.	Il tempo che dedicore previste è stato Molto inferiore	·	Uguale al previsto (ore)	Poco superiore	Molto superiore
	1	2	3	4	5
	informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor o altri interessi commerciali? (da compilare anche in assenza di sponsor) Nessuna Influenza poco Influenza rilevante Influenza più che Influenza molto				
	influenza	rilevante		rilevante*	rilevante*
	1	2	3	4	5
5.	In caso di risposte d Come valuta il cont			rilevante" indicare	qualche esempio
	modmoreme	sufficiente		240770	
	1	2	3	4	5
con disc	lo ritiene opportuno po particolare riferiment centi che effettueranno ggerimenti, commer	o al punto 4, utilizza o le segnalazioni non	ndo l'indirizzo e-mail saranno comunicati	ecmfeedback@agen ai provider)	as.it (I nominativi dei

N.B. La compilazione del questionario di valutazione del gradimento da parte dei partecipanti è uno dei requisiti obbligatori per il riconoscimento dei crediti