Gent.ma Sig.ra, Egr. Sig.

Il questionario **anonimo** che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla struttura presso la quale suo figlio/figlia ricevere le terapie riabilitative.

Le Sue indicazioni sono per noi di grande interesse e serviranno ad impostare azioni di miglioramento sui servizi offerti, anche per le persone che ne usufruiranno in futuro.

Il questionario prevede anche uno spazio dove, se lo desidera, potrà esprimere suggerimenti per il miglioramento dei servizi. Le assicuriamo che il questionario è anonimo.

La ringraziamo vivamente per la sua gentile collaborazione.

≈≈≈

| Scelga tra VERO o FALSO per manifestare il suo accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni | **VALUTAZIONE** | |
|---|---|---|
| | | |
| | Vero | Falso |
| Ritengo che l'equipe del Dosso sia professionale e competente | | |
| Gli orari proposti dal centro risultano comodi per l'organizzazione familiare | | |
| Il confronto con gli specialisti del Centro mi aiuta a comprendere i principali bisogni di mio figlio | | |

***Come siete venuti a conoscenza del Dosso Verde?***

□ Segnalazione del Medico/Pediatra
□ Poli ospedalieri
□ ATS (ex ASL)/UONPIA
□ Segnalazione di altri utenti o conoscenti e amici
□ Contatto diretto con il centro (già frequentato da altri figli o familiari)

***Consiglierebbe ad altri questa struttura?***

Sì □
No □

***Chi compila il questionario?***

**Rapporto con il minore**: □ genitore □ curatore □ amministratore di sostegno □ tutore □ altro _____

SE LO DESIDERA DIA UN SUGGERIMENTO PER MIGLIORARE I SERVIZI DEL DOSSO VERDE:

---

---