



SEZIONE 4

INIZIO



Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti

E.C.M. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Titolo del corso _____

Sede _____

Data _____

AVVERTENZA: per permettere la lettura ottica dei dati, il compilatore annerisca la casella della risposta che ritiene esatta, evitando invasioni di caselle adiacenti e cancellazioni (vedi esempio)

esempio:

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante	Poco rilevante	Abbastanza rilevante	Rilevante	Molto rilevante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Come valuta la **qualità** educativa/di aggiornamento fornita da questo evento?

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Come valuta la **efficacia** dell'evento per la tua formazione continua?

Inefficace (non ho imparato nulla per la mia attività clinica)	Parzialmente efficace (mi ha confermato che non ho necessità di modificare la mia attività clinica)	Abbastanza efficace (mi ha stimolato a modificare alcuni aspetti dopo aver acquisito ulteriori informazioni)	Efficace (mi ha stimolato a cambiare alcuni elementi della mia attività clinica)	Molto efficace (mi ha stimolato a cambiare in modo rilevante alcuni aspetti della mia attività clinica)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggerimenti, commenti e proposte

Firma del partecipante
