



## Associazione Italiana Consulenti Coniugali e Familiari

Segreteria: via Severoli 18 – 48018 Faenza (RA) tel. 0546/26478 – mail [info@aiccef.it](mailto:info@aiccef.it) – [www.aiccef.it](http://www.aiccef.it)

### Centro di Consulenza Familiare – Consultorio UCIPEM

Via Fogazzaro 28 – 31029 Vittorio Veneto (TV) – A.P.S. C.F. 93005550269  
tel. 0438/552993 – cell 3461249842 mail [info@ucipem.info](mailto:info@ucipem.info) – [www.ucipem.info](http://www.ucipem.info)



### Questionario di gradimento del servizio di consulenza (per utenti)

Questo questionario “anonimo” è stato preparato per offrire agli utenti la possibilità di esprimere valutazioni sul gradimento del servizio fornito e darci, quindi, la possibilità per migliorare la qualità delle azioni future.

**La ringraziamo per la collaborazione e per tutti i suggerimenti e le proposte.**

**Sesso:**  F  M      **Anno nascita** \_\_\_\_\_ **Residenza** \_\_\_\_\_

**Titolo di studio:**  nessuno -  media inferiore –  qualifica prof.le -  diploma -  laurea

**Stato Civile:**  nubile/celibe -  coniugata/o -  separata/o -  divorziata/o -  vedova/o

**Professione:**  servizi domestici -  operaia/o -  impiegata/o -  pensionata/o -  libero professionista  
-  studente -  disoccupata/o -  Altro \_\_\_\_\_

**La invitiamo a fornirci un Suo parere rispetto i seguenti argomenti:**

		(Utilizzi la scala 1-2-3-4, in cui 1 è il minimo e 4 il massimo)
1	Facilità nel prendere contatto con il servizio.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
2	Accesso a materiale informativo (opuscoli – locandine – sito Web – utilizzo social)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
3	Cordialità e gentilezza nell'accoglienza percepita al primo contatto. (segreteria)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4	Tempestività nell'avvio della prestazione richiesta.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
5	Disponibilità e flessibilità nel fissare il calendario degli incontri	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
6	Pulizia e confort degli ambienti	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
7	Tempo, disponibilità, gentilezza e cortesia da parte degli operatori	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
8	Rispetto della riservatezza e privacy	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
9	Condivisione della “Carta dei Servizi” e del “Contratto di Consulenza”	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10	La competenza da parte dell'operatore con cui ha fatto la consulenza.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

**Relativamente al percorso di consulenza esprimo una mia valutazione:**

11	Mi sono sentito rispettato nelle mie convinzioni etiche, religiose e politiche	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
12	Sono stato informato/a su natura, scopo, metodologia e prevedibile durata della consulenza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
13	Mi sono sentita/o protagonista nel superamento delle mie difficoltà attraverso l'attivazione di mie risorse.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
14	Gli strumenti utilizzati nella consulenza sono stati utili ed efficaci per la mia consapevolezza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
15	Mi sono sentita/o protetta/o nello spazio di relazione con la/il consulente.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
16	Ho avviato significativi cambiamenti verso un maggiore benessere.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
17	La durata del percorso è stata coerente con i miei bisogni	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
18	Le mie aspettative sono state soddisfatte	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

**Aspetti del servizio rispetto ai quali esprimo una particolare soddisfazione:**

---

---

---

**Aspetti del servizio rispetto ai quali esprimo particolare insoddisfazione:**

---

---

---

**Suggerimenti e proposte per rendere il servizio migliore ed all'altezza delle Sue aspettative**

---

---

---

Data \_\_\_\_\_