UNICA SALUTE S.R.L.	**SCHEDA DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**	Rev. 0-2022

- **Come valuta i seguenti aspetti?** (porre un X nella casella che si ritiene idonea)
- **Di quali servizi ha usufruito?_____**

Elementi di valutazione	Insuffic.	Suffic.	Buono	Discreto	Ottimo
Chiarezza delle informazioni relative ai servizi offerti					
Completezza delle informazioni relative ai servizi offerti					
Adeguatezza dei tempi di erogazione dei servizi					
Efficienza comunicativa del personale					
Qualità dei servizi erogati					
Efficienza nella risoluzione dei problemi e delle esigenze dell'utenza					
Livello di pulizia degli ambienti					
Soddisfazione globale dei servizi					
Professionalità dei fisioterapisti					
Professionalità del personale medico					
Professionalità della segreteria					

1. **Ritiene che lo Unica Salute abbia soddisfatto le Sue esigenze in coerenza con le Sue aspettative?** ☐ **SI** ☐ **NO**
   Se NO, descriva brevemente quali aspetti non sono stati rispettati e perché:
   _____
   _____
   _____
   _____
2. **Descriva cortesemente le osservazioni che ritiene utili al miglioramento dei servizi offerti:**
   _____
   _____
   _____
   _____

data della compilazione

Frosinone lì, __/__/____

firma del compilatore

_____