|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ORDINE PROVINCIALE DI:** |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |

***SCHEDA DI VALUTAZIONE EVENTO FORMAZIONE RESIDENZIALE***

**Nome del Provider FNOMCeO ID 2603**

**Titolo dell’evento**

**Data**

**ID Evento**

**Edizione**

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alle sue necessità di aggiornamento?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Non rilevante - 1* ***111******1****11 111* | *Poco rilevante - 2* | *Rilevante - 3* | *Più che rilevante - 4* | *Molto - 5 rilevante* |
|  |  |  |  |  |

1. Come valuta la **qualità** educativa di questo programma ECM?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Insufficiente -1* | *Parziale - 2* | *Sufficiente - 3* | *Buono - 4* | *Eccellente - 5* |
|  |  |  |  |  |

1. Come valuta l’**utilità** di questo evento per la sua formazione/aggiornamento?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Insufficiente - 1* | *Poco utile - 2* | *Utile – 3*  | *Più che utile – 4*  | *Molto utile - 5* |
|  |  |  |  |  |

1. Questo programma ECM è stato preparato con il supporto di ( e di \_\_\_\_ ).

Ritiene che nel programma ci siano riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette **per influenza dello sponsor** o altri interessi commerciali?

*(da compilare anche in assenza di sponsor)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nessuna influenza* | *Influenza poco rilevante* | *Influenza rilevante* | *Influenza**più che rilevante\** | *Influenza molto rilevante****\**** |
|  |  |  |  |  |

***\* In caso di risposte di influenza “più che rilevante” o “molto rilevante” indicare qualche esempio.***

Se lo ritiene opportuno potrà segnalare il contenuto della presente scheda, evidenziando eventuali anomalie, utilizzando l’indirizzo e-mail *ecmfeedback@agenas.it* o, in alternativa, il portale myECM tramite il quale è possibile procedere alla compilazione online della scheda