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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Insufficiente* | *Poco utile* | *Utile* | *Più che utile* | *Molto utile* |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***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, con particolare riferimento al punto 4, utilizzando l’indirizzo e-mail *ecmfeedback@agenas.it* o altre modalità di comunicazione messe a disposizione dall’ente accreditante