

**Gentile Signora/Signore**

## Informazioni Generali

Indichi la Sua età e sesso: età\_\_sesso    F    M

Indichi la Sua  
nazionalità:

Italiana  
 Europea  
 Extraeuropea

Indichi la Sua  
scolarità:

Nessuna  
 Scuola dell'obbligo  
 Scuola superiore  
 Laurea

Come ha  
prenotato?:

Telefonicamente  
 Recandomi in struttura  
 Altro

In quale regime di  
trattamento sono  
inserite le  
prestazioni che  
riceve?

SSN (ticket)  
 Solvente (privato)

Ha già usufruito in passato dei servizi di  
Riabilitazione presso la Nostra Struttura?

SI

NO

DATA DELLA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

La preghiamo di rispondere con attenzione alle seguenti domande relative all'ambiente, le prestazioni ed i servizi che sta attualmente ricevendo presso la nostra struttura esprimendo anche il Suo grado di soddisfazione al riguardo.

Per rispondere alle domande è sufficiente apporre una crocetta sulla risposta che si ritiene più adeguata.

Per facilitare l'espressione più sincera delle Sue valutazioni il questionario non va firmato.

Esso potrà essere depositato anonimo nell'apposito contenitore situato presso l'ingresso della Struttura.

La ringraziamo sin d'ora per la collaborazione e l'aiuto che ci vorrà dare



## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Contrada Acquabianca – Maida (CZ)

Tel.: 0968. 750053 - 3661154201

E-mail: [info@villarachele.clinic](mailto:info@villarachele.clinic)

