**Questionario Valutazione Centri di Alta Specilizzazione e per il Training**

Il sottoscritto dott. ………………………………………………………….

nato a …………………… il ………………………………

residente in………………………………………….. via…………………………………………..

Tel……………………………………… e-mail……………………………….

Struttura di appartenenza………………………………………………………………………..

Reparto/Divisione………………………………………….. Disciplina……………………………………………………

Qualifica…………………………………………

Socio SICCR dal …………………………………………

Dichiara di aver frequentato il Centro di alta specializzazione e per il Training : ……………………………………………………………………………

Nel/i periodo/i dal ……………………………. al……………………………

A tal fine riporta quanto segue:

Ospitalità Soddisfacente ⃝ Buona ⃝ Ottima ⃝

Attività Didattica Sufficiente ⃝ Discreta ⃝ Buona ⃝ Ottima ⃝

Partecipazione Attività sala operatoria e/o indagini diagnostiche Si No

Partecipazione Attiva Ambulatori Si ⃝ No ⃝

Coinvolgimento Complessivo Attività Sufficiente ⃝ Buono ⃝ Ottimo ⃝

Supporti Didattici Si ⃝ No ⃝

Valutazione Complessiva Insoddisfacente ⃝ Sufficiente ⃝ Buona ⃝ Ottima ⃝

 Breve commento sull’esperienza maturata (Obbligatorio) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………Note (obbligatorie) ………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

Data …………….. Firma