



.VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO

La preghiamo di aiutarci a migliorare la qualità del servizio di trasporto offerto dalla nostra Azienda Sanitaria per mezzo delle Associazioni convenzionate rispondendo alle domande. La Sua valutazione, trattata con il massimo della riservatezza, resterà a conoscenza soltanto del Servizio Assistenza Integrativa, Protesica ed Handicap.

		Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
1	E' soddisfatto dello stato di efficienza in cui è tenuto il mezzo di trasporto?				
2	E' soddisfatto delle condizioni igieniche del mezzo di trasporto?				
3	E' soddisfatto della condotta di guida del conducente?				
4	E' soddisfatto della puntualità nell'espletamento del servizio?				
5	E' soddisfatto della disponibilità e cortesia del conducente che effettua il trasporto?				
6	E' soddisfatto della facilità nel reperire telefonicamente gli operatori dell'Associazione ?				
7	E' soddisfatto della qualità del servizio reso dall'Associazione incaricata per il Suo trasporto?				
8	Il conducente durante il viaggio fuma? Parla al cellulare? Trasporta altre persone non autorizzate?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> a volte	<input type="checkbox"/> no	

Ha dei suggerimenti da dare?

Cognome e Nome dell'intervistato _____

Utente Moglie/marito Figlio Altro (specificare).....

Associazione che effettua il trasporto _____

Ragusa li _____

FIRMA (leggibile) DELL'INTERVISTATORE