



REGIONE MOLISE

ALLEGATO I

Scheda di valutazione evento FAD / BLENDED (con FAD)

Nome del Provider _____ ID _____

Titolo dell'evento _____

Data _____ ID Evento _____ Edizione _____

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

<i>Non rilevante</i>	<i>Poco rilevante</i>	<i>Rilevante</i>	<i>Più che rilevante</i>	<i>Molto rilevante</i>
1	2	3	4	5

2. Come valuta la **qualità** educativa del programma ECM?

<i>Insufficiente</i>	<i>Parziale</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Eccellente</i>
1	2	3	4	5

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

<i>Insufficiente</i>	<i>Poco utile</i>	<i>Utile</i>	<i>Più che utile</i>	<i>Molto utile</i>
1	2	3	4	5

4. Il **tempo** che ha dedicato ad acquisire le informazioni contenute nel programma FAD rispetto alle ore previste è stato:

<i>Molto inferiore</i>	<i>Poco inferiore</i>	<i>Uguale al previsto (ore)</i>	<i>Poco superiore</i>	<i>Molto superiore</i>

5. 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)

<i>Nessuna influenza</i>	<i>Influenza poco rilevante</i>	<i>Influenza rilevante</i>	<i>Influenza più che rilevante*</i>	<i>Influenza molto rilevante*</i>

* 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 5, utilizzando l'indirizzo e-mail segreteria.ecm@regione.molise.it indicando il titolo dell'evento formativo, la data di riferimento e il Provider che ha erogato l'evento formativo.



REGIONE MOLISE

Scheda di valutazione evento formazione RESIDENZIALE / SUL CAMPO / BLENDED (senza FAD)

Nome del Provider _____ ID _____

Titolo dell'evento _____

Data _____ ID Evento _____ Edizione _____

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

<i>Non rilevante</i>	<i>Poco rilevante</i>	<i>Rilevante</i>	<i>Più che rilevante</i>	<i>Molto rilevante</i>
1	2	3	4	5

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

<i>Insufficiente</i>	<i>Parziale</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buono</i>	<i>Eccellente</i>
1	2	3	4	5

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

<i>Insufficiente</i>	<i>Poco utile</i>	<i>Utile</i>	<i>Più che utile</i>	<i>Molto utile</i>
1	2	3	4	5

4. 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)

<i>Nessuna influenza</i>	<i>Influenza poco rilevante</i>	<i>Influenza rilevante</i>	<i>Influenza più che rilevante*</i>	<i>Influenza molto rilevante*</i>

*** 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 segreteria.ecm@regione.molise.it indicando il titolo dell'evento formativo, la data di riferimento e il *Provider* che ha erogato l'evento formativo.