



SCHEDA DI VALUTAZIONE  
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

**INSERIRE IL TITOLO DELL'EVENTO**

INSERIRE LA DATA DELL'EVENTO

Provider n.9 ASL BA – evento N. (inserire il n. evento)

1. Come valuta la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

Non rilevante				Molto rilevante
1	2	3	4	5

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

Insufficiente				Eccellente
1	2	3	4	5

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

Insufficiente				Molto utile
1	2	3	4	5

Compilare solo in caso di evento sponsorizzato

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?

No				Molto e rilevanti *
1	2	3	4	5

\* In caso di risposte “si rilevante” o “molte” si prega di indicare qualche esempio:

---



---

Se lo ritiene opportuno potrà inviare copia di questa scheda, con particolare riferimento al punto 4, oltre che al Provider, anche a:

[ecmfeedback@agenas.it](mailto:ecmfeedback@agenas.it)