



**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> |
| <b>1</b>             | <b>2</b>              | <b>3</b>         | <b>4</b>                 | <b>5</b>               |

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

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

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> |
| <b>1</b>             | <b>2</b>          | <b>3</b>     | <b>4</b>             | <b>5</b>           |

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](mailto: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> |
| <b>1</b>             | <b>2</b>              | <b>3</b>         | <b>4</b>                 | <b>5</b>               |

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> |
| <b>1</b>             | <b>2</b>        | <b>3</b>           | <b>4</b>     | <b>5</b>          |

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> |
| <b>1</b>             | <b>2</b>          | <b>3</b>     | <b>4</b>             | <b>5</b>           |

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