



TEST DI VALUTAZIONE DELL'EVENTO

GESTIONE DELLA COMPLESSITÀ DIDATTICA DELL'INSEGNAMENTO E METODOLOGIE CREATIVE DI INCLUSIONE. INCLUSIONE SCOLASTICA E SOCIALE DURANTE IL COVID -19

19 DICEMBRE 2020

Ore: 14:00 – 20:00

Cod. evento: 7081

PROVIDER ECM:

ASSOCIAZIONE CULTURALE PANORMUS N° 512

1. Come valuta, in termini di **pertinenza/rilevanza** per la sua categoria professionale, gli obiettivi didattici/gli argomenti affrontati di questo evento? (Fare riferimento alla corrispondenza/importanza del tema trattato con i compiti professionali delle categorie coinvolte)

<i>Non pertinente</i>	<i>Poco pertinente</i>	<i>Abbastanza pertinente</i>	<i>Pertinente</i>	<i>Molto pertinente</i>

2. Come valuta la complessiva **qualità** dell'organizzazione di questo evento? (fare riferimento a: servizi di segreteria, confort della sala, sistemi di video proiezione, sistemi audio, ecc)

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente

3. Come valuta i **materiali didattici** utilizzati in questo evento? (Fare riferimento a: chiarezza della grafica e dei contenuti delle diapositive; presenza e qualità di mezzi di integrazione della lezione es. filmati, casi didattici, questionari, ecc; materiale didattico consegnato, ecc.)

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente

4. Come valuta la **corrispondenza** tra quanto riportato nel programma e quanto accaduto realmente in aula? (fare riferimento a importanti variazioni del programma, es. assenze dei docenti indicati; non corrispondenza tra i temi in programma e quelli trattati; riduzione importante dei tempi delle presentazioni o del tempo per la discussione, ecc)

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente

5. Come valuta la **qualità** in termini di aggiornamento delle conoscenze fornita da questo evento? (fare riferimento a: contenuti, aspetti innovativi rispetto al passato, applicabilità clinico/organizzativa)

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente

6. Come valuta **l'efficacia formativa** dell'evento? Consapevolezza di aver acquisito le conoscenze, le competenze necessarie e le attitudini a (fare riferimento a: importanti modifiche di atteggiamenti clinico/organizzativo/assistenziali; importanti acquisizioni in termini di nuove conoscenze, di nuove competenze pragmatiche (attività pratiche e tecniche), di nuove competenze comunicative/relazionali, ecc.)

Scarsa	Mediocre	Soddisfacente	Buona	Eccellente

7. Come valuta (**da 0 a 10**) la decisione di aver inserito questo corso nel Suo programma di sviluppo della Sua professione?

|_|_|

8. Come valuta da (**da 0 a 10**) l'efficacia di questo corso nello sviluppo della Sua professione?

|_|_|

9. A Suo parere l'evento ha evidenziato un qualche conflitto d'interessi (si è favorito e/o pubblicizzato prodotti o prestazioni di soggetti specifici privati che hanno interessi economici e/o professionali inerente al percorso svolto)?

a) NO b) Si (Specificare) _____

10. Esprima una **valutazione complessiva dei DOCENTI di questo evento** ponendo una crocetta sulla griglia, dove 1 è il valore minimo e 7 il massimo, invece NP sta per non presente (**da ripetere per ogni docente/relatore/tutor/altri attori dell'evento**)

N°	Nome Docente	Voto								
		1	2	3	4	5	6	7	NP	
1	Sibilla Giangreco									
2										
3										

11. Esprima una valutazione complessiva della segreteria organizzativa di questo evento ponendo una crocetta sulla griglia, dove 1 è il valore minimo e 7 il massimo, invece NP sta per non presente.

N°	Segreteria organizzativa	Voto								
		1	2	3	4	5	6	7	NP	
1	Efficienza dello staff									
2	Cortesia dello Staff									
3	Capacità di problem solving									
4	Chiarezza delle brochure e/o del materiale illustrativo									
5	Efficienza del sistema audio									
6	Efficienza del sistema video									
7	Condizioni climatiche delle aule									