



E.C.M.
Educazione Continua in Medicina

agenas. 



Scheda di Valutazione evento RESIDENZIALE

Titolo del Programma _____ Data _____

Nome del Provider: AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" – Caserta

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

Non Rilevante 1	2	3	4	5 molto rilevante
-----------------	---	---	---	-------------------

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

Non Rilevante 1	2	3	4	5 molto rilevante
-----------------	---	---	---	-------------------

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

Non Rilevante 1	2	3	4	5 molto rilevante
-----------------	---	---	---	-------------------

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?

Non Rilevante 1	2	3	4	5 molto rilevante
-----------------	---	---	---	-------------------

* 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

Firma del partecipante