



**Progetto “Domus Nostra” DO.NO – AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio - Regione Toscana - FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE  
Cod. progetto 290207 - Codice CUP I99J2100695001**

**Scheda di gradimento prestazioni residenziali**

| <i>Nome</i>                                  | <i>Cognome</i> | <i>Data nascita</i> |
|--|----------------|---------------------|
| <i>RSA (Denominazione)</i> _____             |                |                     |
| <i>Indirizzo</i> _____                       |                |                     |
| <i>Inserimento dal</i> _____ <i>al</i> _____ |                |                     |

|   |   |
|---|---|
| E' stato facile contattare la struttura RSA?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |
| La struttura ha rispettato la data di ingresso concordata?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |
| Il personale della struttura è stato rispettoso della sua situazione di fragilità ?   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |
| La struttura ha trasmesso a lei e ai suoi familiari le competenze per la gestione della situazione per il rientro al domicilio? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |
| Il servizio ha soddisfatto le sue richieste?  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |
| Le condizioni di autonomia personale e funzionali sono migliorate   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Abbastanza |

Data

Firma Beneficiario/Familiare di riferimento

.....

.....

