



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

QUESTIONARIO PER LA CONSULTAZIONE DELLE PARTI SOCIALI

Gentile Signora/e,

Le abbiamo inviato la scheda relativa al Corso di Studio in Infermieristica (L/SNT1), Nursing(L/SNT1), Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (LM/SNT1), poiché riteniamo che le competenze e le abilità che esso fornisce agli studenti possano essere utili alla sua azienda/organizzazione. Le chiediamo pertanto di volerci dare la sua opinione su alcuni aspetti specifici; le siamo grati sin d'ora per la collaborazione.

CORSO DI STUDIO

Anno accademico	
Tipo Corso	Professioni Sanitarie
Nome Corso di Studio	Corso di Laurea in _____
Classe	
Sede didattica	AOUP
Dipartimento	PROMISE

ORGANIZZAZIONE CONSULTATA

Denominazione	
Sede	
Ruolo dell'intervistato all'interno Organizzazione (azienda, ente,...)	
Data della compilazione	



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

1 – DENOMINAZIONE DEL CORSO

	Del tutto	Abbastanza	Poco	Per Niente
1.1 La denominazione del corso comunica in modo chiaro le finalità del corso di studio?				
1.2 Osservazioni e/o suggerimenti				

2- OBIETTIVI FORMATIVI

	Del tutto	Abbastanza	Poco	Per Niente
2.1 Gli obiettivi formativi del corso sono adeguati alle esigenze del settore in cui opera la sua azienda/organizzazione?				
2.2 Osservazioni e/o suggerimenti				

3- ABILITÀ/COMPETENZE

	Del tutto	Abbastanza	Poco	Per Niente
3.1 Le abilità/competenze fornite dal corso sono rispondenti alle competenze che il mondo produttivo richiede per le figure professionali che il corso si propone di formare?				
3.2 Osservazioni e/o suggerimenti				

In particolare, quali attività formative riterrebbe utile inserire o potenziare, nel Corso di Studio?

4- QUALI SONO, A SUO AVVISO, I PUNTI DI FORZA DI QUESTO CORSO DI STUDIO?

5 - E QUALI, INVECE, LE AREE DA MIGLIORARE?

6- LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE HA OSPITATO, NEL CORSO DELL'ULTIMO TRIENNIO, STUDENTI DEL CORSO DI STUDIO PER STAGE O TIROCINI?

Sì	<input type="checkbox"/>
no	<input type="checkbox"/>
non so	<input type="checkbox"/>

7- DIA UN GIUDIZIO SUL LIVELLO DI UTILITÀ DELL'ESPERIENZA DI ACCOGLIENZA PRESSO LA SUA AZIENDA/ORGANIZZAZIONE DI GIOVANI IN STAGE O TIROCINIO:

1 (scarso)	<input type="checkbox"/>
2 (mediocre)	<input type="checkbox"/>
3 (buono)	<input type="checkbox"/>
4 (ottimo)	<input type="checkbox"/>

La ringraziamo per la cortese collaborazione.