

**COMUNE DI CASTELFIDARDO**  
**Settore Finanziario**  
**Settore Tributi**

**Questionario di rilevazione della soddisfazione degli Utenti**

Gentile Signora/e

il Comune di Castelfidardo sta conducendo un'indagine per rilevare il grado di soddisfazione delle iniziative e dei servizi offerti. Le chiediamo, quindi, di compilare il seguente questionario che ci sarà utile per conoscere la vostra opinione e i vostri suggerimenti. La preghiamo di utilizzare una penna blu o nera, annerendo o barrando le caselle con una X e, laddove richiesto, scrivendo in stampatello in modo chiaro e leggibile. Grazie per la collaborazione!

**Sezione 1**

Si prega di annerire o barrare con una X, tenendo presente che la scelta esprime un valore crescente da 1 a 10, dove con 1 intendiamo "insufficiente" e con 10 "ottimo".

**A. Cortesia del personale**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**B. Competenza del personale**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**C. Chiarezza con cui il personale illustra le procedure da seguire**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**D. Chiarezza e facilità di compilazione della modulistica**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**E. Comprensibilità del linguaggio degli operatori**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**F. Tempi di risposta da parte dell'ufficio**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**G. Modalità di accesso al servizio (sportello, telefono, fax, e-mail, sito internet, on-line)**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**H. Accessibilità agli uffici (barriere architettoniche, ...)**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**I. Materiale informativo fornito dal servizio (regolamenti, normativa di riferimento)**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

**J. Valutazione complessiva del servizio offerto**

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

## Sezione 2

K. Esponga in questo spazio, se lo desidera, le sue osservazioni ed i suoi suggerimenti per il miglioramento del servizio

---

---

---

---

---

---

L. Con quale frequenza si è rivolto al nostro ufficio?(sportello, telefono, fax, e-mail, sito internet, on-line)

- ☐ Almeno una volta alla settimana ☐ Almeno una volta all'anno  
☐ Almeno una volta al mese ☐ Raramente (meno di una volta all'anno)

M. Per quale motivo prevalente si è rivolto ai nostri uffici? (barrare una sola scelta)

- ☐ Denunce di variazione ☐ Richiesta di informazioni  
☐ Cessazioni ☐ Altro

N. E' a conoscenza della possibilità di reperire informazioni e modulistica nel sito del servizio ?

- ☐ Si ☐ No

O. Considera che il servizio sia migliorato rispetto agli anni precedenti?

- ☐ Si ☐ No ☐ Non lo so

## INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL COMPILATORE

Sesso ☐ M ☐ F

Cittadinanza ☐ Italiana ☐ Appartenente alla Comunità Europea ☐ Non appartenente alla Comunità Europea

Età ☐ Fino ai 25 anni ☐ Dai 26 ai 40 ☐ Dai 41 ai 55 ☐ Dai 56 ai 65 ☐ Oltre i 65

Istruzione ☐ Elementare ☐ Media Inferiore ☐ Media superiore ☐ Università ☐ Altro

**Grazie per la collaborazione!**