

Deberes Sesión 5

TALLER PARA DEJAR DE FUMAR

Nº de grupo _____

Fecha: del _____ al _____

Este es un **questionario anónimo** para detectar tu nivel de satisfacción y nos será útil para evaluar y mejorar en próximas ediciones.

Por favor, responde a las preguntas siguientes marcando con una cruz la casilla correspondiente a tu valoración:

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
¿Las explicaciones han sido comprensibles?				
¿El tiempo dedicado ha sido suficiente?				
¿Ha cumplido con tus expectativas?				
¿Te ha sido accesible geográficamente?				
¿Las condiciones del aula han sido adecuadas/ confortables?				
¿El horario te ha sido accesible?				
¿Ha sido de ayuda el material entregado?				
¿Piensas que ha sido útil este taller para dejar de fumar?				
¿Lo recomendarías a otras personas?				

Escribe la respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es lo que más te ha gustado? _____
2. ¿Qué es lo que menos te ha gustado? _____
3. ¿Hay algún tema que te interese, en referencia al tabaco, que no hayamos tratado?

4. ¿Hay algún aspecto, en referencia a los terapeutas del taller, que no te haya gustado?

5. Si crees oportuno añadir otros comentarios, puedes hacerlo aquí: _____

¡Muchas gracias por tus aportaciones!