

Questionario giovani medici

Sezione Anagrafica

Cognome	
Nome	
Coniugato/Convivente	
<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No
Quanti figli hai?	
<input type="checkbox"/>	nessun figlio
<input type="checkbox"/>	n. figli

Sezione Formazione

1	Quali di questi corsi professionalizzanti post-lauream stai frequentando? <i>(è possibile selezionare più opzioni)</i>
<input type="checkbox"/>	Corso di Specializzazione
<input type="checkbox"/>	Corso di Formazione specifica in MMG
<input type="checkbox"/>	Master di II livello
<input type="checkbox"/>	Master di III livello/Dottorato
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina di Emergenza Territoriale
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina Estetica
<input type="checkbox"/>	Corsi di Ecografia
<input type="checkbox"/>	Corsi di Agopuntura*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Omeopatia*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Fitoterapia*
<input type="checkbox"/>	Nessuno
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)

* Corso teorico-pratico triennale di almeno 300 ore con verifica finale

2	Quali di titoli post-lauream hai acquisito? <i>(è possibile selezionare più opzioni)</i>
<input type="checkbox"/>	Diploma di Specializzazione
<input type="checkbox"/>	Diploma di Formazione specifica in MMG
<input type="checkbox"/>	Master di II livello
<input type="checkbox"/>	Master di III livello/Dottorato
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina di Emergenza Territoriale
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina Estetica
<input type="checkbox"/>	Corsi di Ecografia
<input type="checkbox"/>	Corsi di Agopuntura*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Omeopatia*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Fitoterapia*
<input type="checkbox"/>	Nessuno
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)

* Corso teorico-pratico triennale di almeno 300 ore con verifica finale

3 Quali di questi corsi professionalizzanti post-lauream vorresti frequentare? (è possibile selezionare più opzioni)	
<input type="checkbox"/>	Nessuno, ho già acquisito il titolo che mi interessava
<input type="checkbox"/>	Corso di Specializzazione
<input type="checkbox"/>	Corso di Formazione specifica in MMG
<input type="checkbox"/>	Master di II livello
<input type="checkbox"/>	Master di III livello/Dottorato
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina di Emergenza Territoriale
<input type="checkbox"/>	Corsi di Medicina Estetica
<input type="checkbox"/>	Corsi di Ecografia
<input type="checkbox"/>	Corsi di Agopuntura*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Omeopatia*
<input type="checkbox"/>	Corsi di Fitoterapia*
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)
<input type="checkbox"/>	

* Corso teorico-pratico triennale di almeno 300 ore con verifica finale

4 Quanti anni hai impiegato ad entrare in un corso di specializzazione o nel corso di formazione specifica in MMG?	
<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	>=3
<input type="checkbox"/>	Non mi interessa specializzarmi con questi corsi post-lauream
<input type="checkbox"/>	Ho tentato l'esame, ma non sono ancora riuscito ad entrare
<input type="checkbox"/>	Non ho ancora fatto l'esame per entrare in questi concorsi perché mi sono appena laureato

5 Che tipologia di lavoro hai svolto fino ad oggi, esclusi i corsi di formazione post-lauream?(è possibile selezionare più opzioni)	
<input type="checkbox"/>	Sostituto di Medico di Medicina Generale
<input type="checkbox"/>	Sostituto di Pediatria di Libera Scelta
<input type="checkbox"/>	Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica e/o Guardia Turistica)
<input type="checkbox"/>	Libera Professione esercitando il titolo acquisito post-laurea
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Nessuno

6 Dove svolgi prevalentemente la professione?	
<input type="checkbox"/>	Ospedale
<input type="checkbox"/>	Territorio
<input type="checkbox"/>	Strutture Private
<input type="checkbox"/>	Non svolgo alcuna professione

7	Quale tipologia di rapporto di lavoro regola attualmente la tua attività? (è possibile selezionare più opzioni)
<input type="checkbox"/>	Contratto a tempo determinato
<input type="checkbox"/>	Contratto a tempo indeterminato (compreso MMG o Pediatra di Libera Scelta già convenzionato)
<input type="checkbox"/>	Borsa di studio (Corso di Formazione Specifica in MMG, Dottorato)
<input type="checkbox"/>	Contratto di Formazione Specialistica
<input type="checkbox"/>	Libera Professione
<input type="checkbox"/>	Non svolgo alcuna professione
8	Quante ore settimanali di lavoro svolgi complessivamente?
<input type="checkbox"/>	Non esercito la professione
<input type="checkbox"/>	> = 15
<input type="checkbox"/>	tra 15 e 30
<input type="checkbox"/>	tra 30 e 40
<input type="checkbox"/>	tra 40 e 50
<input type="checkbox"/>	tra 50 e 60
<input type="checkbox"/>	più di 60
9	Dove lavori? (specificare la città)
<input type="checkbox"/>	mi sono laureato in Friuli-Venezia Giulia e lavoro attualmente
<input type="checkbox"/>	specificare dove : _____
<input type="checkbox"/>	mi sono laureato fuori regione e lavoro attualmente
<input type="checkbox"/>	specificare dove : _____
<input type="checkbox"/>	lavoro stabilmente all'estero
<input type="checkbox"/>	Non esercito la professione
10	Sono state soddisfatte le tue aspettative di formazione (all'università e nei corsi professionalizzanti post-lauream?)
<input type="checkbox"/>	Per niente
<input type="checkbox"/>	Solo in parte
<input type="checkbox"/>	Abbastanza
<input type="checkbox"/>	Completamente
11	Sei soddisfatto della tua carriera professionale fino ad oggi?
<input type="checkbox"/>	Non ho ancora elementi per poter valutare il grado di soddisfazione
<input type="checkbox"/>	Per niente
<input type="checkbox"/>	Solo in parte
<input type="checkbox"/>	Abbastanza
<input type="checkbox"/>	Completamente