

QUESTIONARIO SPETTACOLO

Gentile ospite, ti invitiamo a rispondere a qualche domanda sulla tua esperienza dello spettacolo e su di te. I dati raccolti, in modo assolutamente anonimo, saranno registrati, elaborati, gestiti e archiviati in forma cartacea, automatizzata e informatizzata per le esclusive finalità connesse alla ricerca. I dati, in forma aggregata, saranno soggetti a elaborazione statistica, inseriti in pubblicazioni, disseminati in convegni e seminari scientifici. Grazie per la collaborazione!

Quale spettacolo hai appena visto?

1. Prima di questo spettacolo hai partecipato a (scegliere una sola risposta per ogni riga):

a) spettacoli di teatro

Sì come spettatore Sì come artista Sì come operatore NO

b) spettacoli di danza

Sì come spettatore Sì come artista Sì come operatore NO

c) concerti, opere

Sì come spettatore Sì come artista Sì come operatore NO

d) film

Sì come spettatore Sì come artista Sì come operatore NO

2. Come sei venuto a conoscenza di questo spettacolo?

Manifesti e locandine Materiale cartaceo Passaparola

Radio/TV Sito internet Social

Stampa Altro (specificare) _____



3. Quali motivi ti hanno spinto a venire a vedere questo spettacolo?

Conosco la compagnia Mi piace il teatro

Mi piace la danza La curiosità

Mi ha portato un amico/familiare

Altro (specificare) _____

4. Quanto ti è piaciuto lo spettacolo?

Per niente 1 2 3 4 5 Moltissimo

5. Quanto hai compreso lo spettacolo?

Per niente 1 2 3 4 5 Moltissimo

6. Quali emozioni ti ha provocato lo spettacolo e in che misura?

Per niente Poco Abbastanza Molto Moltissimo

Benessere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Disgusto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Divertimento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Gioia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Paura	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Rabbia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sorpresa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tenerezza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tristezza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Vuoi aggiungere altre emozioni? _____

7. I materiali forniti sono stati utili alla comprensione dello spettacolo?

Per niente 1 2 3 4 5 Moltissimo

8. Dopo aver partecipato a questo spettacolo, vorresti continuare a seguire:

- Spettacoli di teatro Spettacoli di danza
 Laboratori di teatro Laboratori di danza
 Altro (specificare) _____

9. Vuoi aggiungere altro?

Dati personali

Quanti anni hai?

- meno di 18 18-35 36-49 50-60 più di 60

Dove sei nato/a? _____

Dove abiti? _____

Sono maschio femmina
 preferisco non specificarlo

Titolo di studio scuola primaria scuola media
 scuola superiore università post lauream

Lavoro (scegliere una sola risposta):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> lavoratore/trice autonomo/a | <input type="checkbox"/> lavoratore/trice dipendente |
| <input type="checkbox"/> operatore/trice sociale | <input type="checkbox"/> operatore/trice culturale |
| <input type="checkbox"/> insegnante | <input type="checkbox"/> artista |
| <input type="checkbox"/> inoccupato/a | <input type="checkbox"/> pensionato/a |
| <input type="checkbox"/> studente/ssa | <input type="checkbox"/> altro _____ |