



Iscrizione nel Registro degli Organismi di Mediazione al n° 1035

## SCHEDA Di VALUTAZIONE DEL SERVIZIO Di MEDIAZIONE ALLEGATA AL

### REGOLAMENTO

Questo questionario darà la possibilità ai funzionari che si occupano del servizio di mediazione di realizzare un proficuo scambio di informazioni e pareri ed offrire un servizio sempre più efficiente e adeguato alle aspettative delle imprese, dei consumatori e dei cittadini che ad esso si rivolgono.

Si richiede di rispondere ai quesiti esprimendo una valutazione che va da un punteggio 1 (= "insufficiente") ad una soddisfazione massima pari a 5 (= "ottimo").

**DATA Di COMPILAZIONE** \_\_\_\_\_

**Generalità della parte che compila il questionario:**

---

---

---

**• Come e perché si è ricorsi al servizio:**

-Per clausola inserita nel contratto

-Su suggerimento del consulente (avvocato/commercialista/altro consulente)

-Su invito del giudice

-A seguito del deposito della domanda presso l'Organismo di mediazione, effettuata da una parte

-Perché la legge prevede un tentativo obbligatorio di mediazione

-Altro

(specificare) .....

**• Esprimere un voto di gradimento sul Servizio di mediazione** 1 2 3 4 5

**• Esprimere un giudizio complessivo su:**

- Disponibilità e cortesia dei funzionari 1 2 3 4 5

- Preparazione e funzionalità dei funzionari 1 2 3 4 5

- Semplicità alla procedura 1 2 3 4 5

- Precisione e completezza delle informazioni ottenute 1 2 3 4 5

CONCILIAZIONE CILA - P.IVA 12989781005

Sede legale: Via Sant' Agata dei Goti 4, 00184 - Roma

Email: segreteria@conciliazionecila.it PEC: conciliazionecila@pec.it

www.conciliazionecila.it

- |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|----|----|
| - Chiarezza e comprensibilità della modulistica   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Trasparenza delle procedure   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Gestione dei tempi  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Comfort degli ambienti (ampiezza sala, luminosità..)  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Riservatezza  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| <b>• Esprimere un giudizio sul mediatore</b>  |   |   |   |    |    |
| - Disponibilità e cortesia del mediatore  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Preparazione e professionalità del mediatore  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Chiarezza espositiva  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Imparzialità, indipendenza e neutralità   | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| - Riservatezza  | 1 | 2 | 3 | 4  | 5  |
| <b>• Il costo sostenuto è conforme al servizio da Lei ricevuto?</b>   |   |   |   | SI | NO |
| <b>• E' a conoscenza dell'attivazione del sito internet dell'organismo di mediazione CONCILIAZIONE CILA, dove è possibile reperire informazioni, conoscere servizi, ecc.?</b> |   |   |   | SI | NO |
| <b>• E' a conoscenza della possibilità di svolgere la mediazione tramite il servizio online?</b>  |   |   |   | SI | NO |
| <b>• Come è venuto a conoscenza del servizio di mediazione dell'organismo CONCILIAZIONE CILA?</b>   |   |   |   |    |    |
| - Giornali  |   |   |   |    | O  |
| - Radio   |   |   |   |    | O  |
| - Televisione   |   |   |   |    | O  |
| - Sito internet della Camera di Commercio   |   |   |   |    | O  |
| - Associazione di categoria   |   |   |   |    | O  |
| - Professionista (Avvocato, Commercialista ...)   |   |   |   |    | O  |
| - Associazione dei consumatori  |   |   |   |    | O  |
| - Familiare/amico/conoscente che aveva già provato il servizio  |   |   |   |    | O  |
| - Altro .....   |   |   |   |    | O  |
| <b>• Consiglierà il servizio di mediazione dell'organismo CONCILIAZIONE CILA ad un familiare/amico/conoscente?</b>  |   |   |   | SI | NO |
| <b>• Utilizzerà il nuovo servizio di mediazione dell'organismo CONCILIAZIONE CILA qualora ne avesse bisogno?</b>  |   |   |   | SI | NO |
| <b>• Eventuali suggerimenti perché in futuro si possa meglio corrispondere alle sue aspettative</b>   |   |   |   |    |    |

---

---

**Firma della parte che ha compilato il questionario .....**