

MOTIVO DELLA COMPILAZIONE:

Nuova certificazione

Aggiornamento dati

(per aziende già certificate con il ns OdC. Da compilare prima di sorveglianze e/o rinnovi)

Transfer

(aziende che intendono trasferire la propria certificazione al ns OdC)

Rimissioni

(in caso si necessiti di modifiche al certificato corrente)

AZIENDA RICHIEDENTE:

RAGIONE SOCIALE (come da Camera di Commercio o Autocertificazione da allegare):

P. IVA: _____ **C.F.:** _____

N° tel.: _____ **N° fax:** _____

Nome Contatto _____ **Sito web:** _____

E-mail: _____ **PEC:** _____

SEDE LEGALE:

Via e n°: _____

Città: _____ Prov.: _____ Cap: _____

L'azienda intende certificare anche la sede legale? SI NO N° dip: _____

SEDE OPERATIVA o FILIALE /SITO DISTACCATO DA CERTIFICARE:

Via e n°: _____

Città: _____ Prov.: _____ Cap: _____ N° dip: _____

Elencare di seguito ulteriori sedi operative da certificare:

nel caso in cui il numero di siti sia >di 2 si prega di compilare l'allegato QRD-1 (multisito)

1. Sede: _____ N° dip: _____

Lo scopo è differente rispetto alla sede principale? SI NO Se si, si prega di specificare: _____

2. Sede: _____ N° dip: _____

Lo scopo è differente rispetto alla sede principale? SI NO Se si, si prega di specificare: _____

Elencare di seguito (indirizzo e tipologia) le eventuali aree in disponibilità dell'impresa che concorrono alla realizzazione dei processi dello scopo di certificazione (es: magazzino, deposito ecc.)

a) _____

b) _____

Indirizzo per la corrispondenza Sede legale Sede operativa n° _____ Altro _____

RISORSE UMANE

N° Addetti Totali _____ **Risorse interne** _____ **Outsourcing** _____

(es. Subappalto, collaboratori esterni ecc.)

N° Full-time _____ N° Part-time _____ N° Collaboratori _____ N° Stagionali e tempo di utilizzo* _____

N° turni di lavorazione al giorno: _____ Giorni in cui sono effettuati i turni: Solo alcuni giorni della settimana solo weekend 7 giorni

Presenza turno notturno: SI NO Le stesse attività sono svolte in tutti i turni? SI NO

se No fornire dettagli _____

Nota: per la determinazione del numero di addetti saranno considerate tutte le unità lavorative impiegate sia a tempo pieno che part-time, interne ed esterne alla organizzazione (outsourcing/subappalti) compresi: dipendenti, collaboratori esterni, proprietari gestori e/o soci che svolgono la loro attività nell'impresa.

**Si prega di indicare il numero di addetti stagionali durante il periodo di picco.*

ATTIVITÀ AZIENDALI

Si invita a fornire informazioni relative a:

- Prodotti/Servizi forniti
- Tipologia di clienti
- Partecipazioni in holding

REQUISITI DEI PRODOTTI/SERVIZI OFFERTI E DEL PERSONALE UTILIZZATO

Si prega di elencare di seguito tutte le abilitazioni/certificazioni previste da leggi, norme, regolamenti tecnici, decreti ecc. applicabili ai prodotti e/o servizi forniti e al personale utilizzato.

(si prega di elencare evidenze)

(es. per attività di Restauro = qualifica di Architetto per DT

Per impianti di refrigerazione = Certificazione FGAS

Per attività di saldatura = Patentino Saldatore ecc..

DETTAGLI RELATIVI ALLO SCOPO

Attività* svolta per la quale si richiede la certificazione

(es: Costruzione di ... erogazione di ...)

Nota 1: *Scopo che sarà riesaminato durante l'audit iniziale

Nota 2: Per aziende già certificate compilare solo in caso di modifiche allo scopo attuale

CI SONO PROCESSI AFFIDATI IN OUTSOURCING / SUBAPPALTO? SI NO

Se SI, si prega di fornire dettagli

DETTAGLI RELATIVI AL SITO

L'attività svolta viene effettuata in siti temporanei o presso la sede del cliente? SI NO Se SI, si prega di fornire dei dettagli

Localizzazione e distanza dalla sede	Descrizione delle attività	N° Addetti	Stato di avanzamento lavori
1			
2			
3			

**Per organizzazioni appartenenti al settore edile si prega di compilare F001/EA28/IT*

NORMA(E) DA CERTIFICARE

In caso di sistema integrato, si prega di specificare le norme per cui è richiesta una verifica integrata barrando la casella a destra.	Integrato		Integrato		Integrato			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ISO 14001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OHSAS 18001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISO 27001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ISO 22000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ISO 45001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Specificare _____					

L'Organizzazione è responsabile per la Progettazione? SI NO

(Per alcune attività può includere il processo di pianificazione, es nei piani di formazione, piani socio-sanitari, ecc.)

Indicare eventuali esclusioni di punti norma del Vs. SGQ: _____

Motivazione: _____

Data prestabilita per cominciare la valutazione _____

UTILIZZATE O UTILizzerETE UN CONSULENTE PER SVILUPPARE IL/I VOSTRO/I SISTEMA/I DI GESTIONE? SI NO

Società di consulenza*: _____

Consulente esterno*: _____

*** ricordiamo che in caso di presenza di consulente esterno lo stesso avrà unicamente ruolo di OSSERVATORE e non potrà essere parte attiva all'Audit da parte dell'Ente.**

PARTE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TRANSFER

Si prega di compilare i dati di seguito, nel caso in cui la Vs. Azienda abbia intenzione di richiedere un'offerta di transfer, indicando i dettagli della certificazione in essere.

Organismo di Certificazione: _____

Norma: _____

Organismo di accreditamento: _____

Scopo corrente riportato sul certificato: _____

Data di prima emissione: _____ **Data di emissione corrente:** _____ **Data di scadenza:** _____

Motivo della richiesta di transfer: _____

Procedimenti o condanne in corso: _____

La validità del certificato emesso dal precedente organismo accreditato è subordinato a verifiche supplementari?: _____

Specificare nel caso di risposta affermativa i rilievi oggetto di _____

Attualmente risultano delle non conformità segnalate da precedente organismo ancora aperte?: SI NO

In caso di risposta affermativa allegare al presente modulo _____

In quale fase del vostro ciclo di sorveglianza richiedete il transfer?: SV1 SV2 SV3 SV4 SV5 RA
 Altro: _____

Unitamente al presente dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- Copia del certificato valido in revisione corrente;
- Rapporti di audit relativi agli ultimi tre anni certificativi e relativi rilievi/non conformità;
- Eventuali non conformità segnalate dall'organismo di certificazione emittente non ancora chiuse;
- Eventuali reclami e relative azioni correttive intraprese.

La mancanza anche di un solo documento richiesto non ci permetterà di formulare un'offerta di transfer, considerando, conseguentemente, la richiesta come nuova certificazione.

FATTORI GENERALI E DELLE ATTIVITÀ INCLUSE NELLO SCOPO DEL SISTEMA DI GESTIONE (da completare per tutti gli schemi)

N°	Fattori	1	2	3
1	Come descrivereste la complessità generale dei vostri processi (in base al grado di formazione necessario)?	Richiesta una minima formazione	Richiesta una formazione sistematica	Richiesta istruzione o formazione formale
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Il sistema copre processi altamente complessi e/o un numero relativamente elevato di attività specifiche?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
3	Avete un sito (o siti) grande rispetto al numero esiguo di dipendenti (ad esempio una vasta area industriale, una vasta area di costruzione, ecc.)?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	<u>OPPURE</u>			
4	Il vostro sito può essere considerato piccolo rispetto al numero di operativi (solo per complessi di uffici)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5	La vostra attività è svolta in più edifici o siti?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
6	Una parte dello staff viaggia per fare rapporto alla sede centrale, ad esempio personale addetto alle vendite, personale di servizio, ecc.?	In parte <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
7	Il Vostro prodotto o servizio è soggetto ad un alto livello di norme?		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
8	Il personale dell'organizzazione è multilingue così da richiedere un interprete per l'audit?	NO <input type="checkbox"/>	SI – Alcune aree <input type="checkbox"/>	SI - Tutte le aree <input type="checkbox"/>
9	Da quanto tempo è implementato il Vs. attuale sistema di gestione?	> 3 anni <input type="checkbox"/>	<= 3 anni <input type="checkbox"/>	
10	Da quanto tempo risulta certificato il Vs. attuale sistema di gestione?	> 3 anni <input type="checkbox"/>	Non applicabile oppure <= 3 anni <input type="checkbox"/>	

Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 12 e 13 Regolamento Europeo 2016/679)

Ai sensi degli art. 12 e 13 di cui al Regolamento Europeo 2016/679, i dati personali fornitici sulla Vs. Organizzazione saranno da noi trattati al fine di consentire l'esecuzione degli accordi stipulati o stipulandi, ed in particolare per la formulazione di offerte ed altre attività finalizzate alla costituzione del rapporto contrattuale, per lo svolgimento di attività di informazione e promozione dei Ns. servizi, per l'espletamento da parte Ns. delle attività di adempimento di obblighi contabili e fiscali, di gestione dei pagamenti e dell'eventuale contenzioso, per le attività di Verifica Ispettiva che sono parte integrante delle prestazioni contrattualmente richieste, per la diffusione tramite inserimento nelle Ns. pubblicazioni e/o sul sito internet della Ns. società. Il trattamento dei dati funzionali per l'espletamento di tali obblighi è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso.

Il trattamento dei Vs. dati sarà effettuato mediante l'utilizzo di sistemi manuali e automatizzati, anche elettronici, dai nostri dipendenti, collaboratori e dall'affidamento a terzi per operazioni di elaborazione e sono autorizzati all'assolvimento di tali compiti, identificati ai sensi di legge e edotti dei vincoli imposti dal Regolamento Europeo 2016/679. Ogni trattamento avviene nel rispetto delle modalità di cui all' artt. 29 e 30 del Regolamento 2016/679 e mediante l'adozione delle misure minime di sicurezza (art. 32) previste da I.T.A. S.r.l. - D.eA. S.r.l.. Il conferimento dei Vs. dati è indispensabile per l'assolvimento delle prestazioni da Voi richieste. I Vs. dati personali potranno essere comunicati, per le stesse finalità, ad altre società del gruppo al quale appartiene la Ns. società. L'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti ovvero il mancato consenso al loro trattamento, determinerà l'impossibilità per I.T.A. S.r.l. - D.eA. S.r.l., di dare corso alle attività previste contrattualmente. I Vs. dati saranno custoditi con criteri e sistemi atti a garantire la loro riservatezza e sicurezza. "Titolare" dei Vs. dati è I.T.A. S.r.l. - D.eA. S.r.l.. L'interessato potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento UE 2016/679 potendo accedere ai Suoi dati personali, chiederne la modifica, l'aggiornamento o la cancellazione ovvero opporsi al loro utilizzo, oltre al diritto alla portabilità dei dati, per motivi legittimi. In qualsiasi momento l'interessato potrà inviare una richiesta scritta a ra@itanet.eu senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Data: _____ Timbro e firma del Legale Rappresentante: _____

Consenso per il trattamento dei dati sensibili

Il/la sottoscritto/a, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa come necessarie per permettere al Titolare una corretta gestione del rapporto ed un congruo trattamento dei dati stessi

Data: _____ Timbro e firma del Legale Rappresentante: _____