|  |
| --- |
| Vi chiediamo gentilmente di **compilare il presente questionario in ogni sua parte**. Informazioni parziali o non coerenti con la realtà aziendale a cui si riferiscono posso comportare l’emissione di un’offerta sbagliata ed una successiva rivalutazione. Per qualsiasi informazione Vi preghiamo di inviare una mail all’indirizzo giuditta.desantis@dionisoformazione.it  |
| 1. **DATI DELL'AZIENDA (dati obbligatori)**
 |
| RAGIONE SOCIALE |  |
| P. IVA |  |
| INDIRIZZO SEDE LEGALE | VIA |  | CAP |  |
| CITTÀ |  |
| INDIRIZZO SEDE OPERATIVA | VIA |  | CAP |  |
| CITTÀ |  |
| SOCIETÀ COLLEGATE (se applicabile) |  |
| DIREZIONE  |  |
| TELEFONO |  |
| FAX |  |
| E-MAIL / PEC |  |
| RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE |  |
| TELEFONO / CELLULARE  |  |
| E-MAIL |  |
| 1. **TIPO DI AUDIT**
 |
| [ ]  CERTIFICAZIONE [ ]  TRASFERIMENTO CERTIFICAZIONE [ ]  RINNOVO [ ]  SORVEGLIANZA [ ]  ESTENSIONE |
| 1. **TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA (dati obbligatori)**
 |
| [ ]  | ISO 9001(Qualità) | [ ]  | OHSAS 18001 (Sicurezza Lavoro) | [ ]  | ISO 3834(Saldatura) | [ ]  | BRC(Alimentare) |  Certificazioni F Gas [ ]  Reg. (CE) 303/2008 (Frigoristi) |
| [ ]  | ISO 14001(Ambiente) | [ ]  | ISO 22000(Alimentare) | [ ]  | IFS Food(Alimentare) | [ ]  | GMP |  Certificazioni F Gas [ ]  Reg. (CE) 304/2008 (Frigoristi) |
| [ ]  ALTRO ................................................................................................................................................................................................ Eventuale data limite per l’ottenimento della certificazione: ………………………………………………………………………………. **In caso di Certificazione Integrata, barrare più caselle** |
| **Domande per verifiche Integrate (da compilare quando vengono richieste due o più norme):** |
| La verifica può essere eseguita contemporaneamente? | Si [ ]  | No[ ]  |
| La documentazione di sistema è comunque ed integrata? I seguenti requisiti possono essere verificati contemporaneamente: politica aziendale, obiettivi e programmi, documentazione, verifiche ispettive interne, azioni correttive e riesame della direzione?  | Si [ ]  | No[ ]  |
| I rappresentanti della direzione sono gli stessi per i diversi sistemi e le diverse norme di riferimento? | Si [ ]  | No[ ]  |
| 1. **ESCLUSIVAMENTE PER IMPRESE DI COSTRUZIONE ED INSTALLAZIONE DI IMPIANTI (IAF 28)**
 |
| Fatturato medio annuo (considerando gli ultimi 3 anni):.........................................................................................................................Allegare Elenco Cantieri in forma tabella con le seguenti Informazioni: |
| Indirizzo Cantiere 1 |  |
| Attività Opere |  |
| Importo Lavori: | Inizio Lavori: | SAL (%) | Fine Lavori prevista | Distanza dalla Sede (km) | Personale Operativo N. |
|  |  |  |  |  |  |
| Indirizzo Cantiere 2 |  |
| Attività Opere |  |
| Importo Lavori: | Inizio Lavori: | SAL (%) | Fine Lavori prevista | Distanza dalla Sede (km) | Personale Operativo N. |
|  |  |  |  |  |  |
| Indirizzo Cantiere 3 |  |
| Attività Opere |  |
| Importo Lavori: | Inizio Lavori: | SAL (%) | Fine Lavori prevista | Distanza dalla Sede (km) | Personale Operativo N. |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **PERSONALE COINVOLTO NEL SISTEMA DI GESTIONE**
 |
| Nr. addetti interni |  | Nr. addetti part-time  |  | Note: |
| Nr. addetti per turno / Nr. turni |  | Nr. addetti stagionali  |  |
| Altre risorse (liberi professionisti, subappalti, outsourcing, etc.) coinvolte nello scopo di certificazione.  |  |
| 1. **ALTRE SEDI OPERATIVE/ FILIALI**
 |
| INDIRIZZO | Nr. ADDETTI  |  NOTE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 1. **ATTIVITA’ OGGETTO DI CERTIFICAZIONE** (Proposta per il campo di applicazione del certificato) (dati obbligatori)

**Nb. Allegare copia visura CCIAA** |
| Campo di Applicazione: |
| Descrizione dei Principali Processi: |
| La norma ISO 9001 prevede la possibilità di non applicare alcuni requisiti del punto 7; l’Organizzazione pratica:[ ]  Nessuna Esclusione [ ]  Esclusione di: ........................................................................................................................... |
| L’azienda è responsabile della progettazione dei prodotti e/o servizi  | Si[ ]  | No[ ]  |
| Ci sono processi affidati all’esterno? | Si[ ]  | No[ ]  |
| Se affermativo, indicare quali?........................................................................................................................................................................................................................ |
| Norme/Leggi/Regolamenti applicabili alle attività da certificare .......................................................................................................................................................................................................................... |
| Informazioni aggiuntive ....................................................................................................................................................................................................................... |
| L’Azienda è già certificata da altro organismo? No[ ]  Si[ ]  Norma: .................................................................................Se **SI**, **Allegare**: Copia Certificato, Rapporti Audit precedenti a partire dalla certificazione o dall’ultimo rinnovo, NC e relativo trattamento, Programma Triennale dell’OdC uscente, Dichiarazione indicante i motivi del trasferimento, reclami ricevuti e le azioni intraprese nonché le eventuali implicazioni legali in essere con Enti competenti (ove non ce ne fossero, dichiarazione della loro assenza). |
| L’Azienda si è avvalsa di servizi di formazione o consulenzaper l’implementazione o il mantenimento del SGQ?  | Si[ ]  | No[ ]  |
| In caso affermativo indicare nominativo: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 1. **DATI PER LA CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL REG. (CE) n. 303/2008 E DEL REG. (CE) n. 304/2008 (obbligatorio per F Gas impresa)**
 |
| Fatturato medio degli ultimi 3 anni relativo all’attività per la quale si richiede la certificazione escluso apparecchiature e materiali:**[ ]** Reg. (CE) 303/2008 **[ ]** Reg. (CE) 304/2008 ……………………………………………………………………………………..N. persone certificate (almeno una per ogni 200.000€ di fatturato specifico, per l’attività oggetto di certificazione) ……………..Delle persone certificate impiegate per l’’attività per la quale si richiede la certificazione indicare: |
| Nome | Cognome | Nr. certificato | Reg. (CE) 303/2008 | Reg. (CE) 304/2008 |
|  |  |  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |  |  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |  |  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |  |  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |  |  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Come avete conosciuto ICM EUROPA?** |
| [ ]  Pubblicità | [ ]  Segnalazione di Aziende certificate da ICM EUROPA |
| [ ]  Internet | [ ]  Contatti diretti con ICM EUROPA |
| [ ]  Seminari | [ ]  Altro ……………………………………………………………………………………………………………. |

*I dati personali ivi indicati saranno trattati da ICM EUROPA in conformità alle normative vigenti in materia di privacy.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data Firma e timbro del rappresentante legale