|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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](mailto: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