

RICHIESTA OFFERTA CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO

Qualora foste interessati a ricevere un'offerta da Certification Europe Italia per i servizi sopra indicati, vogliate cortesemente compilare il seguente questionario ed inviarlo al n. di fax 0321.339417 oppure via email all'indirizzo amministrazione@ceitalia.com.

Certification Europe Italia provvederà ad inviarVi un'offerta dettagliata riportante la descrizione ed i costi del servizio di certificazione.

Se doveste aver bisogno di qualsiasi chiarimento e/o informazione sulla compilazione del presente questionario, non esitate a contattarci telefonicamente al n. 0321.622497.

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------------|--|
| RAGIONE SOCIALE | | | |
| P.IVA C.FISC. | | | |
| INDIRIZZO | | | |
| CITTA' / CAP | | | |
| PERSONA DI RIFERIMENTO | | FUNZIONE | |
| TELEFONO | | FAX | |
| E-MAIL | | | |
| SITO INTERNET | | | |
| FATTURATO MEDIO ANNUO | | | |

SETTORE DI APPARTENENZA

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AGRICOLTURA | <input type="checkbox"/> SCAVI/ESTRAZIONI DI MINERALI |
| <input type="checkbox"/> MECCANICO | <input type="checkbox"/> ENERGIA |
| <input type="checkbox"/> EDILIZIA | <input type="checkbox"/> VENDITA ALL'INGROSSO/DETTAGLIO |
| <input type="checkbox"/> TRASPORTI E LOGISTICA | <input type="checkbox"/> TELECOMUNICAZIONI/IT |
| <input type="checkbox"/> FINANZA/ASSICURAZIONI | <input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE |
| <input type="checkbox"/> TURISMO | <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) |

DESCRIVERE LE ATTIVITÀ CUI SI RIFERISCE IL SISTEMA DI GESTIONE, COSÌ COME DOVREBBERO ESSERE RIPORTATE SUL CERTIFICATO:

| |
|--|
| |
|--|



SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DELLA VISURA CAMERALE

FORZA LAVORO

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| NUMERO DI UNITÀ PRODUTTIVE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI ALTA DIREZIONE (AMMINISTRATORI/DIRIGENTI) | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI CAPI REPARTO/RESP.PRODUZIONE | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI AMMINISTRAZIONE PERSONALE (PAGHE/CONTRIBUTI) | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI ALLA LOGISTICA | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI INGEGNERIA | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI STRUTTURE E MANUTENZIONE | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI UFFICIO ACQUISTI | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI ALLA PRODUZIONE | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI VENDITE E MARKETING | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI AL MAGAZZINO | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI ESTERNI (SUBFORNITORI) | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI IN TURNAZIONE O PART-TIME (SPECIFICARE ORE GIORNALIERE) | | | | | | | | | | | ORE | |
| NUMERO DI ADDETTI STAGIONALI (INSERIRE IL NUMERO DEGLI ADDETTI PER OGNI MESE) | | | | | | | | | | | | |
| GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC | |
| | | | | | | | | | | | | |
| NUMERO DI ADDETTI TOTALI | | | | | | | | | | | | |
| N.B. i seguenti dati sono necessari al fine del calcolo esatto dei giorni di audit | | | | | | | | | | | | |

ORARI DI LAVORO

| | |
|--|--|
| ORE DI LAVORO STANDARD GIORNALIERE | |
| INDICARE DETTAGLI SU EVENTUALI ALTRI TURNI DI LAVORO | |
| INDICARE PERIODI DI CHIUSURA STAGIONALI | |

ATTIVITÀ DI LAVORO ESTERNO

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| LA SOCIETÀ ESEGUE ATTIVITÀ DI "LAVORO ESTERNO"? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| (SI INTENDONO ATTIVITÀ ESPLETATE DA SINGOLE PERSONE O PICCOLI GRUPPI PRESSO SEDI ESTERNE OVVERO ATTIVITÀ ESEGUITE DA UNITÀ MOBILI: AD ES. SERVIZIO DI TERZO RESPONSABILE, INSTALLAZIONE IMPIANTI, PICCOLI CANTIERI EDILI, ECC.) | | |
| ALLEGARE ELENCO DETTAGLIATO DELLE ATTIVITÀ DI LAVORO ESTERNO CON L'INDICAZIONE DELL'UBICAZIONE GEOGRAFICA, DELLA TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ, DEL NUMERO DI ADDETTI, DELLA DURATA DEI LAVORI. | | |

INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE

| CERTIFICAZIONE RICHIESTA | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | NUOVA CERTIFICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> | RINNOVO DELLA CERTIFICAZIONE |
| <input type="checkbox"/> | TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE ACCREDITATO |
| <input type="checkbox"/> | ESTENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE IN ESSERE |
| ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> | |
| ISO 14001:2015 <input type="checkbox"/> | |
| ISO 45001:2018 <input type="checkbox"/> | |
| ALTRO (SPECIFICARE) <input type="checkbox"/> | |

L'ORGANIZZAZIONE DESIDERA UNA VERIFICA PRELIMINARE? SÌ NO

| | | |
|--|--|--|
| SOLO PER I TRASFERIMENTI DI | IN CHE ANNO VI SIETE CERTIFICATI? | |
| | QUANDO SCADE LA VOSTRA CERTIFICAZIONE? | |
| | QUANDO È STATA EFFETTUATA LA VOSTRA ULTIMA VERIFICA DI TERZA PARTE? | |
| | CHE TIPO DI AUDIT ERA? | <input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE INIZIALE <input type="checkbox"/> MANTENIMENTO (INDICARE N° ____) <input type="checkbox"/> RINNOVO |
|  SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DEL VOSTRO CERTIFICATO | | |
| ↳ FIRMA | | |

| | |
|---|--|
| DA QUANTO TEMPO È STATO INTRODOTTO IL SISTEMA? | |
| PERIODO PREVISTO PER LA VERIFICA DI CERTIFICAZIONE | |

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| L'AZIENDA È GIÀ IN POSSESSO DI ALTRE CERTIFICAZIONI? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| SE SÌ, INDICARE IL TIPO DI CERTIFICAZIONE, LA DATA E L'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE | | |
| | | |

| |
|---|
| INDICARE IL NOMINATIVO DEL CONSULENTE E SPECIFICARE LA SOCIETÀ DI CONSULENZA |
| |

ESCLUSIONI

| |
|--|
| SI PREGA DI INDICARE EVENTUALI REQUISITI NORMATIVI O ATTIVITÀ CHE NON TROVANO APPLICAZIONE NEL SISTEMA DI GESTIONE INDICANDO LE MOTIVAZIONI DI TALI ESCLUSIONI: |
| |

ASPETTI AMBIENTALI

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| INDICARE I PIÙ SIGNIFICATIVI ASPETTI AMBIENTALI CHE INTERESSANO LE ATTIVITÀ DELL'AZIENDA, QUALI EMISSIONI ARIA, SCARICHI, RIFIUTI, UTILIZZO DI RISORSE AMBIENTALI, RUMORE, ODORI, IMPATTI VISIVI, ECC.: | | |
| | | |
| (INDICARE CON IL SIMBOLO * SE ALCUNI DEGLI ASPETTI AMBIENTALI INDICATI SONO SOGGETTI A PIANI REGOLATORI, LICENZE O PERMESSI) | | |
| L'AZIENDA È SOGGETTA AD AUTORIZZAZIONI A LIVELLO NAZIONALE O LOCALE? | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| SPECIFICARE QUALI AUTORIZZAZIONI (AD ESEMPIO SU RIFIUTI, SCARICHI, EMISSIONI, ECC.) | | |
| | | |
| INDICARE SE SONO PRESENTI PRESSO LA SEDE: | | |
| <input type="checkbox"/> IMPIANTO DI TRATTAMENTO DEGLI SCARICHI <input type="checkbox"/> IMPIANTO DI TRATTAMENTO DELLE ACQUE <input type="checkbox"/> IMPIANTO DI RISCALDAMENTO/BOILER <input type="checkbox"/> MAGAZZINO PRODOTTI CHIMICI | <input type="checkbox"/> RIFIUTI PERICOLOSI <input type="checkbox"/> CISTERNE PER CARBURANTE <input type="checkbox"/> DEPOSITO RIFIUTI <input type="checkbox"/> MATERIALE RADIOATTIVO | |
| INDICARE E DESCRIVERE EVENTUALI LUOGHI O SITI DI INTERESSE AMBIENTALE SITUATI NELLE VICINANZE DELLA SEDE DELL'AZIENDA: | | |
| | | |

ASPETTI RELATIVI ALLA SICUREZZA

INDICARE I PIÙ SIGNIFICATIVI RISCHI RELATIVI ALLA SICUREZZA CHE INTERESSANO LE ATTIVITÀ DELL'AZIENDA, QUALI ACUSTICI, CHIMICI, ECC:

DATA DELL'ULTIMA REVISIONE/AGGIORNAMENTO DEL DVR

SANZIONI

L'ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE DEVE ALLEGARE EVENTUALI SANZIONI E/O CONDANNE A SEGUITO DI DISPOSIZIONI CHE POSSANO AVERE INFLUENZA SUL SISTEMA DI GESTIONE

FIRME

RICHIESTA COMPILATA DA

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI PREVISTE DALL'ART.76 DEL D.P.R. 28/12/2000, N.445 IN CUI INCORRE CHI EFFETTUA DICHIARAZIONI MENDACI OD OMISSIVE, IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE AL VERO.

NOME

FUNZIONE

DATA

↘ FIRMA

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

IN RELAZIONE AL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, DICHIARO DI AVERE LETTO L'INFORMATIVA NEL REGOLAMENTO GENERALE E PUBBLICATA SULLA SEZIONE DOCUMENTI DEL SITO WEB WWW.CEITALIA.COM RELATIVAMENTE AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI. ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER LE FINALITÀ E CON LE MODALITÀ IVI INDICATE AI PUNTI 1), 2)

NOME

FUNZIONE

DATA

↘ FIRMA