

**RICHIESTA OFFERTA CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE SALUTE & SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO**

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](mailto: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**

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

**SETTORE DI APPARTENENZA**

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

**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	

**INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO**

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

L'ORGANIZZAZIONE DESIDERA UNA VERIFICA PRELIMINARE?  SÌ  NO

<b>SOLO PER I TRASFERIMENTI DI</b>	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		
<b>↳ FIRMA</b>		

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 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**

### ATTIVITÀ DI LAVORO ESTERNO

**LA SOCIETÀ ESEGUE ATTIVITÀ DI "LAVORO ESTERNO"?**  SÌ  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.**

### SANZIONI

 **L'ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE DEVE ALLEGARE EVENTUALI SANZIONI E/O CONDANNE A SEGUITO DI DISPOSIZIONI DISCIPLINANTI LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI SUI LUOGHI DI LAVORO E 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.

<b>NOME</b>		<b>FUNZIONE</b>	
<b>DATA</b>		<b>➔ FIRMA</b>	

#### 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)

<b>NOME</b>		<b>FUNZIONE</b>	
<b>DATA</b>		<b>➔ FIRMA</b>	