

OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE RICHIESTA			
<input type="checkbox"/>	ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/>	PDR 125:2022
TIPO DI VALUTAZIONE			
<input type="checkbox"/>	INIZIALE	<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE DELLO SCOPO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE DI SITO (allegare una lista comprensiva degli indirizzi, recapiti, n. addetti, nome del referente)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	TRASFERIMENTO
INFORMAZIONI GENERALI			
Ragione Sociale:		P.Iva/Cod. Fiscale:	
Sede Legale:			
Sede Operativa Principale:			
Indirizzo altra Sede/unità locale:			
Numero complessivo delle sedi da certificare:			
Tel.		Fax.	
Pec:		Mail:	
ATTIVITA' OGGETTO DI CERTIFICAZIONE (Dicitura che si desidera far comparire sul certificato)			
Nominativo del Rappresentante dell'Azienda Autorizzato:			

Numero TOTALE di personale coinvolto nelle attività da certificare		COMPOSIZIONE DELL'ORGANICO AZIENDALE COMPLESSIVO						
		Titolari (soci) + dirigenti	Impiegati / Amministrativi		Personale operante nei processi produttivi presso siti fissi		Personale operante presso siti / cantieri temporanei	
Full-time	n.	n.	n.		n.		n.	
Part-time	n.	n.	n.	Media ore/die	n.	Media ore/die	n.	Media ore/die
Temporanei / Stagionali	n.	n.	n.	Media ore/die	n.	Media ore/die	n.	Media ore/die
Subappaltatori	n.	n.	n.		n.		n.	

Turnazione (SI/NO)		N. di turni		Turno notturno (SI/NO)		N. addetti presenti ad ogni turno	
Stesse attività svolte da ogni turno (SI/NO)		Ove diverse dettagliare le attività di ogni turno					

FATTURATO TOTALE	Importo	Anno	Importo	Anno	Importo	Anno
Ultimo Triennio Obbligatorio						
Media Fatturato degli ultimi 3 anni (SOLO SCOPO RICHIESTO)	€					

TRASFERIMENTO DEL CERTIFICATO DA ALTRO ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE ACCREDITATO Da compilare solo in caso di TRASFERIMENTO
MOTIVO DEL TRANSFER:
<p>PER EFFETTUARE IL TRANSFER OCCORRE PRESENTARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Copia del certificato per il quale si richiede il subentro - Ultimo rapporto di certificazione o rinnovo, successivi rapporti di sorveglianza e relativi rilievi e non conformità - Non conformità segnalate dall'organismo di certificazione emittente non ancora chiuse - Eventuali reclami e relative azioni correttive intraprese - Piani e programma di audit <p>la mancanza anche di uno solo dei documenti di cui sopra comporta la non applicazione del procedimento di subentro. Pertanto la presente richiesta avrà effetto di una richiesta di prima certificazione. Certeed provvederà ad informare il cab cedente dell'avvenuto trasferimento della certificazione. Certeed richiederà formalmente al cab cedente la conferma della validità del certificato per cui si è richiesto il trasferimento.</p>

Data e luogo	
Nome in stampatello del Rappresentate Legale	
Timbro Organizzazione e Firma leggibile del Rappresentante Legale	

L'Organizzazione ha utilizzato una società di consulenza?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se sì, quale?				
Persona di riferimento				
Tel:		Mail:		

SCHEMA	INFORMAZIONI RELATIVE AL SISTEMA DI GESTIONE	
TUTTI GLI SCHEMI	Si richiede una verifica ispettiva preliminare? (Facoltativa, ma a titolo oneroso)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	E' richiesto l'uso di interpreti? Se sì, specificare la lingua da utilizzare.	SI (specificare) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Si è in possesso di altra/e certificazione/i? Se sì, specificare il nome dell'Organismo e la/le norma/e certificata/e.	SI (specificare)i <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Vi sono Prodotti/ Servizi / Linee di produzione / Siti esclusi? Se sì, specificare la tipologia e fornire la motivazione	SI (specificare) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Vi sono Processi / Linee di prodotti inclusi nel campo di applicazione abitualmente affidati in Outsourcing / Subappalto? Se sì, specificare le tipologie	SI (specificare) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Dettagliare tutti gli obblighi legali o di altra natura applicabili alle attività dell'organizzazione	
	Nel caso di Sistemi di Gestione Integrati indicare il livello di integrazione in riferimento a: Politica; Obiettivi; Monitoraggi; Documentazione; Miglioramento.	<input type="checkbox"/> Totalmente separato <input type="checkbox"/> Parzialmente integrato <input type="checkbox"/> Totalmente integrato
	Specificare la dimensione approssimativa (in m ²) del sito da certificare suddividendo gli spazi interni da quelli esterni.	Spazi interni m ² _____ Spazi esterni m ² _____

SCHEMA QUALITA'	Vi sono requisiti non applicabili della ISO 9001, nell'ambito del campo di applicazione?	Si (specificare) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Solo per il settore Costruzioni ed Impianti (IAF 28), specificare quale delle seguenti opzioni è applicabile alla realtà organizzativa dell'Impresa	<input type="checkbox"/> Non si effettua alcuna attività di progettazione <input type="checkbox"/> Si effettuano solo limitate attività di progettazione, in nessun modo riconducibili alla progettazione dell'opera o dell'intervento <input type="checkbox"/> Il SGQ è stato predisposto per la progettazione dell'opera o dell'intervento, in conformità al requisito della norma, ma non esistono evidenze di applicazione di tale attività <input type="checkbox"/> Sono svolte attività di progettazione dell'opera o dell'intervento, in conformità al requisito della norma
	Se i prodotti realizzati sono soggetti a marcatura CE e/o al rispetto di normativa cogente, specificare i riferimenti	
PDR 125:2022		

PER IL SETTORE FORMAZIONE (IAF 37)

I riquadri sottostanti devono essere compilati per le attività riconducibili al settore Formazione.

N° corsi erogati negli ultimi 3 anni		N° totale delle ore di formazione erogate negli ultimi 3 anni	
--------------------------------------	--	---	--

PER IL SETTORE COSTRUZIONI ED IMPIANTI (IAF 28)

I riquadri sottostanti devono essere compilati per le attività riconducibili al settore Costruzioni ed Impianti e deve includere l'elenco delle commesse / cantieri ricadenti nel campo di applicazione, gestite e/o in gestione nell'ultimo triennio.

OGGETTO DELL'APPALTO E INDIRIZZO DEL CANTIERE/SITO (VIA, LOCALITA' ECC..)	FASI LAVORATIVE DEL PROCESSO DA SOTTOPORRE AD AUDIT	IMPORTO LAVORI	N. ADDETTI	DATA INIZIO LAVORI (PREVISTA)	DATA FINE LAVORI (PREVISTA)	STATO DEL CANTIERE ¹

¹ Contrassegnare lo stato del cantiere secondo la nomenclatura: A=APERTO; C=CHIUSO; P=IN PROGRAMMA

PER TUTTI GLI ALTRI SETTORI**SITI TEMPORANEI ATTIVI E VISITABILI NEL PERIODO RICHiesto PER LA CERTIFICAZIONE**

I riquadri sottostanti devono essere compilati nel caso in cui le attività² da accertare contemplano lo svolgimento delle stesse anche presso uno o più siti esterni temporanei (ad esempio la sede di un cliente).

OGGETTO DELL'APPALTO E INDIRIZZO DEL SITO (VIA, LOCALITA' ECC..)	FASI LAVORATIVE DEL PROCESSO DA SOTTOPORRE AD AUDIT	N. ADDETTI	DURATA DEL CONTRATTO

² Si intendono, senza carattere di esaustività, le attività riconducibili ad esempio alle pulizie, vigilanza, ristorazione, centri cottura, portierato, ecc..