

Denominazione Sociale		C.F.
Sede Legale (Via/Piazza, CAP, città, pr.)		
Sede Operativa Legale (Via/Piazza, CAP, città, pr.) se differente da quella legale		
Telefono	Referente aziendale e Ruolo	
Fax	mail	
Cellulare	pec	
Scopo della certificazione (attività esercitate da certificare):		

Composizione dell'organico aziendale complessivo incluso personale di staff, amministrativo e di segreteria (Limitatamente alle attività di cui sopra per cui si richiede la certificazione)				
Addetti	INTERNI		ESTERNI (Outsourcing – Subappalto – Etc.)	
	A TEMPO PIENO	A TEMPO PARZIALE (i)	A TEMPO PIENO	A TEMPO PARZIALE (i)
Aree (ii)				
Sede principale		n.ore:		n.ore:
Cantieri/Siti Produttivi (iii)		n.ore:		n.ore:
Altre sedi		n.ore:		n.ore:

(i) Gli addetti a tempo parziale includono i collaboratori part-time, stagionali ed interinali.
(ii) Aree da sottoporre a certificazione
(iii) Complessivo degli addetti impiegati sui cantieri escluso gli addetti dei precedenti punti

Numero turni di lavoro e fasce orarie	Numero addetti per ogni turno
---------------------------------------	-------------------------------

Indicare il Fatturato Medio dell'ultimo triennio (in milioni di €)	<input type="checkbox"/> ≤ 0,5	<input type="checkbox"/> 0,5 ÷ 1,0	<input type="checkbox"/> 1,0 ÷ 1,5	<input type="checkbox"/> 1,5 ÷ 2,0	<input type="checkbox"/> ÷
Indicare il Fatturato Medio dell'ultimo triennio (in milioni di €) relativo alle attività di cui allo scopo di certificazione (se differente dal fatturato globale)	<input type="checkbox"/> ≤ 0,5	<input type="checkbox"/> 0,5 ÷ 1,0	<input type="checkbox"/> 1,0 ÷ 1,5	<input type="checkbox"/> 1,5 ÷ 2,0	<input type="checkbox"/> ÷

Si richiede la verifica preliminare	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Indicare la lingua da utilizzare nel corso della verifica	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Altra lingua:
Indicare la data di prima implementazione del sistema (mese/anno)		
Indicare il periodo in cui si intende avviare l'iter di certificazione		
Allegare le certificazioni in Vostro possesso (ISO 14001, 45001, etc.)		

LA VS ORGANIZZAZIONE È GIÀ CERTIFICATA DA ALTRO CAB SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 9001?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si. In tal caso per accedere al subentro occorre presentare la seguente documentazione: - le motivazioni della richiesta di transfer - dichiarazione che non vi siano procedimenti giudiziari in corso o condanne passate in giudicato per responsabilità da prodotto difettoso - dichiarazione che la validità del certificato del precedente Organismo di Certificazione emittente non sia subordinato allo svolgimento di verifiche straordinarie - copia del certificato per il quale si richiede il subentro - ultimo rapporto di certificazione o rinnovo comprensivo delle evidenze di conformità, successivi rapporti di sorveglianza e relativi rilievi/non conformità - non conformità segnalate dall'Organismo di Certificazione emittente non ancora chiuse - eventuali reclami e relative azioni correttive intraprese 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.

NOMINATIVI DELLE FUNZIONI AZIENDALI	COGNOME/NOME
CONSULENTE	
GUIDA/OSSERVATORE	--

SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE/GESTIONALI DELLA VOSTRA ORGANIZZAZIONE				
<input type="checkbox"/> Impresa generale	<input type="checkbox"/> Impresa specializzata	<input type="checkbox"/> Consorzio tra imprese	<input type="checkbox"/> Contraente Generale	<input type="checkbox"/> È parte di un' ATI

SPECIFICARE SE LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE SVOLGE I SEGUENTI PROCESSI (ANCHE SE L'ATTIVITÀ È AFFIDATA AD ESTERNI)			
<input type="checkbox"/> Getto di calcestruzzo	<input type="checkbox"/> Giunzioni saldate in acciaio	<input type="checkbox"/> Sistemi anticorrosivi	<input type="checkbox"/> Giunti in cavi elettrici
<input type="checkbox"/> Impermeabilizzazioni	<input type="checkbox"/> Giunzioni plastiche	<input type="checkbox"/> Tinteggiature/Verniciature	<input type="checkbox"/> Posa in opera di conglomerato bituminoso
<input type="checkbox"/> Produzione di calcestruzzo	<input type="checkbox"/> Non applicabile	<input type="checkbox"/> Altri Processi (specificare)	

ATTIVITÀ INCLUSE NELLA CERTIFICAZIONE ED AFFIDATE A TERZI (OUTSOURCING)
INDICARE EVENTUALI PUNTI NON APPLICABILI (ANCHE PARZIALI)

Sicurezza sugli ambienti di lavoro	
Informativa sui rischi specifici esistenti nell'ambiente in cui si svolgerà l'audit e sulle misure di prevenzione e di emergenza adottate in relazione alle attività svolte, compresi i DPI previsti e disponibili, la viabilità ed i percorsi di emergenza (D.Lgs. 81/2008, Testo Unico Sicurezza), per consentire lo svolgimento dell'audit in sicurezza. I ns auditor sono equipaggiati con i seguenti DPI: Casco protettivo, scarpe antinfortunistiche, occhiali protettivi, giubbotto fluorescente, mascherina.	Se sono presenti ulteriori rischi o sono necessari ulteriori DPI Vi preghiamo di comunicarcelo: <input type="checkbox"/> Altri rischi da specificare: <input type="checkbox"/> Ulteriori DPI da specificare

Indicare tutti i Cantieri temporanei aperti (attinenti allo scopo di certificazione):

	Indirizzo del Cantiere/Sito Produttivo (Via,Piazza,n°.....)	Città e Provincia	Oggetto dei lavori	Importo dei lavori	% di avanzamento	Data di inizio (mese/anno)	Data di fine (presunta)
1							
2							
3							
4							
5							

Indicare tutti i Cantieri chiusi da non oltre **TRE** anni (attinenti allo scopo di certificazione):

	Indirizzo del Cantiere/Sito Produttivo (Via,Piazza,n°.....)	Città e Provincia	Oggetto dei lavori	Importo dei lavori	Data fine lavori (mese/anno)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Ai sensi del nel Regolamento EU 2016/679 del 27 aprile 2016, ISE CERT garantisce la massima riservatezza delle informazioni fornite. I dati saranno utilizzati per la valutazione dei costi di certificazione del sistema di gestione per la Qualità e saranno inseriti nella nostra banca dati. Il Responsabile del trattamento dei dati è l'Amministratore Unico.

DATA	Timbro e firma del Richiedente
<p><i>Il sottoscritto, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e che mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua responsabilità dichiara che i fatti, stati e qualità riportati nella presente richiesta di offerta corrispondono a verità".</i></p>	

RESTITUIRE IL PRESENTE MODULO CONTROFIRMATO E LA VISURA CAMERALE A MEZZO MAIL o AL FAX 081.842.68.36.

NB: Ulteriori informazioni che ritenete di dover fornire possono essere descritte su un documento a parte da allegare al presente modulo o nello spazio note di cui sotto, compreso aspetti o condizioni non usuali per il settore, particolari aspettative delle parti interessate nonché principali rischi associati alle fasi del processo produttivo svolto nelle unità da certificare che si ritiene opportuno segnalare.

NOTE