

QUESTIONARIO INFORMATIVO

Gentile Cliente,

trasmettiamo il presente documento informativo in relazione all'eventuale certificazione del Vs. Sistema di Gestione Aziendale in conformità alla normativa di riferimento. La preghiamo di prendere visione del Regolamento di Certificazione disponibile sul nostro Sito www.certificasistemi.com sottolineando che l'accettazione dell'eventuale offerta comporterà l'automatica accettazione del Regolamento stesso.

Vogliate, cortesemente, fornire le informazioni richieste negli spazi sottostanti e spedire la presente richiesta all'Organismo di Certificazione.

Vi preghiamo, inoltre, di allegare Visura Camerale **in corso di validità**.

NOME AZIENDA/ RAGIONE SOCIALE			
SEDE LEGALE (come riportato in CCIAA)			
SEDE OPERATIVA (dove sono presenti le figure aziendali che gestiscono il sistema)			
RAPPRESENTANTE LEGALE			
ANNO DI COSTITUZIONE			
PARTITA IVA / CODICE FISCALE			
L'ORGANIZZAZIONE APPARTIENE AD UN GRUPPO		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI: FORNIRE IL NOME
PAGINA WEB			
NOMINATIVO REFERENTE			
RECAPITO TELEFONICO FISSO		RECAPITO FAX	
RECAPITO TELEFONICO MOBILE			
INDIRIZZO PEC		INDIRIZZO E-MAIL	

NORMA RICHIESTA PER LA CERTIFICAZIONE (Selezionare la casella di interesse)							
UNI EN ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/>	UNI EN ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/>	UNI ISO 39001	<input type="checkbox"/>	UNI EN ISO 17065:2012	<input type="checkbox"/>
SA8000:2014	<input type="checkbox"/>	UNI EN ISO 22000:2005	<input type="checkbox"/>	Certificazione BRC	<input type="checkbox"/>	Certificazione IFS	<input type="checkbox"/>
UNI EN ISO 22005:2008	<input type="checkbox"/>	Audit preliminare	<input type="checkbox"/>	UNI ISO 37001:2016	<input type="checkbox"/>	UNI ISO 37301:2021	<input type="checkbox"/>
ISO 45001:2018	<input type="checkbox"/>	UNI EN ISO 22000:2018	<input type="checkbox"/>	UNI EN 16636:2015	<input type="checkbox"/>	ALTRO (Specificare)	<input type="checkbox"/>

TIPO DI VISITA (Indicare la tipologia di visita interessata)					
CERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE	<input type="checkbox"/>	SORVEGLIANZA	<input type="checkbox"/>
RINNOVO	<input type="checkbox"/>	TRANSFER DA ALTRO ENTE (COMPILARE PAGINA 6)	<input type="checkbox"/>	ALTRO (Specificare)	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO INFORMATIVO

SI PREGA DI ELIMINARE LE AREE NON PERTINENTI

ATTIVITA' PER LE QUALI L'ORGANIZZAZIONE DESIDERA ESSERE CERTIFICATA			
INDICARE I PRINCIPALI PROCESSI SVOLTI DALL'ORGANIZZAZIONE			
INDICARE LE PRINCIPALI PRESCRIZIONI LEGALI APPLICABILI			
Autorizzazioni ambientali in possesso delle organizzazioni richiedenti la certificazione di conformità UNI EN ISO14001			
Descrizione autorizzazione	Ente Concedente	Data di emissione	Data di scadenza
NUMERO TOTALE ADDETTI			
Numero addetti totali (incluso il personale che svolge attività in outsourcing): _____			
Numero addetti a tempo pieno:	Numero addetti part time:	Numero collaboratori esterni:	
Numero addetti stagionali: _____ (Specificare il numero medio annuo di mesi di impiego)	Numero turni di lavoro:	Numero degli operatori per ciascun turno:	

QUESTIONARIO INFORMATIVO

PER UNI EN ISO 9001:2015 IAF 28	
FATTURATO MEDIO ULTIMO TRIENNIO: _____	
PER UNI EN ISO 9001:2015 IAF 3	
HACCP PLAN (DATA E REVISIONE): _____	
Mq AREA OPERATIVA: _____	
IN RIFERIMENTO ALLA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 SPECIFICARE SE CI SIANO ESCLUSIONI	
<input type="checkbox"/> esclusione di requisiti normativi: _____ <input type="checkbox"/> esclusione di linee di prodotto/processi: _____	Motivazione delle esclusioni:
PER UNI EN 16636:2015	
Campo di applicazione richiesto per la Certificazione conforme al Camerale indicare Riferimento e data recente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nomina Responsabile Tecnico:	
L'Organizzazione richiede la certificazione UNI EN 16636 riconosciuta ANID / CEPA CERTIFIED?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione richiedente è associata ANID?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attività di disinfestazione derattizzazione svolta (indicare quali sono gli utenti a cui viene raccolto il servizio es. PA, ospedali, aziende alimentari, privati, aziende di lavorazione del legno, ecc...): <input type="checkbox"/>	
Patentino fitosanitario (data di conseguimento della abilitazione):	
Gestione dei rifiuti (intesa come i rifiuti prodotti dall'azienda di disinfestazione) e loro smaltimento secondo la legislazione vigente mediante Ditta specializzata: (INDICARE RIFERIMENTI DITTA) <input type="checkbox"/>	
Autorizzazione gestori Ambientali per il trasporto dei rifiuti:	
Se presente un registro carico e scarico rifiuti, indicare la dichiarazione annuale (MUD):	

QUESTIONARIO INFORMATIVO

INDICARE ATTIVITÀ/PROCESSI/SERVIZI DEMANDATI ALL'ESTERNO (OUTSOURCING) INCLUSE NELL'OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE	
Descrizione attività in outsourcing:	Numero addetti:
PER LA NORMA ISO 37001 (NON E' POSSIBILE ESCLUDERE ALCUN PROCESSO)	
<p>PER LA NORMA ISO 37001 VANNO INDICATI I SEGUENTI PROCESSI CRITICI: <i>finanza e controllo, commerciale, agenti e rete vendita, approvvigionamento, figure istituzionali e organi sociali, Uffici di direzione e CdA, internal auditing, gestione licenze, gare e autorizzazioni, gestione risorse umane (compreso gestione, selezione, assunzioni e avanzamenti di carriera), amministrazione e gestione cassa, acquisti, gestione omaggi e liberalità, relazioni con autorità istituzionali ed enti di controllo, gestione patrocini e sponsor, gestione contenziosi e reclami, servizi informatici, gestione security, attività di controllo e collaudi.</i></p>	<p>NUMERO ADDETTI COINVOLTI NEI PROCESSI CRITICI:</p>
L'organizzazione richiedente la certificazione è stata coinvolta negli ultimi 5 anni in indagini giudiziarie relative a fenomeni corruttivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PER LA NORMA ISO 37301	
FUNZIONI AZIENDALI	NUMERO ADDETTI COINVOLTI:
CdA	
Ufficio Legale	
Ufficio coinvolto nelle attività di Compliance	
Addetti facenti parte di altri uffici e/o dell'aree di produzione/servizi aziendali	
L'organizzazione richiedente la certificazione è stata coinvolta negli ultimi 5 anni in indagini giudiziarie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

QUESTIONARIO INFORMATIVO

L'AZIENDA È MULTISITO?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SEDI E SITI DA CERTIFICARE (COMPILARE I SEGUENTI CAMPI PER CIASCUN SITO DA CERTIFICARE)	
Denominazione sociale (se diversa da quella indicata a pagina 1)	
Indirizzo	
Processi presenti	
CONSULENZA ESTERNA	
<p><i>(Indicare se l'Organizzazione si è avvalsa di servizi di consulenza per l'implementazione del Sistema di Gestione. Tale informazione ci consente di rilevare e risolvere eventuali conflitti di interessi)</i></p> <p>Nominativo del Consulente/Società di Consulenza _____</p> <p>Indirizzo _____</p>	

QUESTIONARIO INFORMATIVO**TRASFERIMENTO DEL CERTIFICATO DA ALTRO ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE ACCREDITATO****PER EFFETTUARE IL TRANSFER OCCORRE PRESENTARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- LE MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI TRASFER
- DICHIARAZIONE CHE NON VI SIANO PROCEDIMENTI IN CORSO O SUPERATI, NEL MERITO DEL RISPETTO DELLA CONFORMITÀ LEGALE PER RESPONSABILITÀ DA PRODOTTO, PROCESSI O SERVIZI PER LO SCOPO DELLA CERTIFICAZIONE.
- 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, 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
- PROGRAMMA TRIENNALE

**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.**

CERTIFICA S.R.L. PROVVEDERÀ A RICHIEDERE FORMALMENTE AL CAB CEDENTE LA CONFERMA DELLA VALIDITÀ DEL CERTIFICATO OGGETTO DI TRANSFER E AD INFORMARE IL CAB CEDENTE DELL' AVVENUTO TRASFERIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE.

DATA, FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE E TIMBRO DELL'IMPRESA

Data:

Nome del rappresentante legale dell'impresa:

Firma:

TIMBRO AZIENDA

QUESTIONARIO INFORMATIVO**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS. 30.6.2003 N. 196 E ART.13 GDPR 679/2016.**

Conformemente a quanto previsto dal D Lgs. 30.6.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e art.13 GDPR 679/2016 (regolamento europeo sulla protezione dei dati personali) Si informa che:

- i dati personali raccolti nel corso del rapporto con il nostro ente verranno utilizzati nei limiti e per il perseguimento delle finalità relative al rapporto contrattuale in corso; in particolare, il trattamento sarà finalizzato agli adempimenti inerenti e conseguenti allo svolgimento di tutte le attività amministrative, commerciali, contabili e fiscali;
- il conferimento dei dati è facoltativo, resta inteso che l'eventuale rifiuto a fornire tali dati e/o il mancato consenso al loro trattamento comporterà il rifiuto di apertura della pratica da parte della Società titolare e quindi l'impossibilità di adempiere agli obblighi di legge e a quelli derivanti dal contratto;
- i dati personali forniti saranno trattati "in modo lecito e secondo correttezza", così come previsto dal D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e art.13 GDPR 679/2016 (regolamento europeo sulla protezione dei dati personali);
- il trattamento sarà effettuato anche con l'ausilio di strumenti elettronici e/o automatizzati, ai quali possono accedere esclusivamente i soggetti autorizzati nel pieno rispetto di quanto previsto dal Codice della Privacy ed in particolare dal Disciplinary Tecnico di Misure Minime di Sicurezza –allegato B del D. lgs. 196/2003;
- i dati saranno comunicati a:
 - Uffici Finanziari, Enti previdenziali ed assistenziali ed in genere a tutti gli Organi preposti a verifiche e controlli in merito al corretto adempimento delle finalità su indicate;
 - Personale e collaboratori in qualità di responsabili ed incaricati al trattamento dei dati per le pratiche relative ai servizi richiesti; tutti i soggetti sono debitamente informati ed istruiti circa gli adempimenti e le misure da adottare in materia di privacy;
 - Eventuali soggetti esterni alla nostra struttura, con i quali abbiamo stipulato precisi accordi in merito alle misure da adottare per garantire la sicurezza dei dati loro affidati, in ogni caso i dati saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità su indicate
- In ogni momento potrà essere esercitati i diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e art.13 GDPR 679/2016 (regolamento europeo sulla protezione dei dati personali)

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO

L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali potrà determinare l'impossibilità al conseguimento del rapporto.

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Titolare/legale rappresentante della ditta/società _____ preso atto dell'informativa e dei diritti dell'interessato AI SENSI DEL DLgs. 30.6.2003 n.

196 e art.13 GDPR 679/2016:

- Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità su indicate.
- Presta il suo consenso al trattamento dei dati sensibili necessari per le finalità su indicate.
- Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati necessaria per il conseguimento delle finalità su indicate.
- Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per fini statistici, di marketing e pubblicitari.
- Prende atto del contenuto integrale dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – All.3 Rev. 01 del 21.06.19 disponibile unitamente alla presente.

L'Azienda

Consenso AI SENSI DEL DLgs. 30.6.2003 n. 196 e art.13 GDPR 679/2016

Timbro e firma del legale rappresentante

.....
Nome di chi firma in stampatello

PREGO RISPEDIRE VIA FAX O EMAIL ALL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE CERTIFICA SRL FAX: 081 5237021 E-MAIL: info@certificasistemi.com

QUESTIONARIO INFORMATIVO

ALLEGATO 1 – elenco commesse gestite e/o in gestione nell’ultimo triennio

(obbligatorio per il settore IAF 28)

(obbligatorio per il settore IAF 35 - tranne imprese di consulenza aziendale)

Cantiere	Stato del Cantiere: Aperto, Chiuso, Sospeso	Descrizione delle attività di cantiere (per esempio: Ristrutturazione, Costruzione, Manutenzione; Installazione di impianti; Manutenzione di impianti; Costruzione di strade; Manutenzione di strade, ecc.	Indirizzo	Distanza in km dalla Sede Operativa	Numero di addetti dell'Organizzazione	Attività affidate in subappalto / numero di addetti (SE IL SUBAPPALTATORE E' UN' IMPRESA, BISOGNA INDICARE IL NUMERO DI ADDETTI PER CIASCUN SUBAPPALTATORE INDICATO)	Inizio Lavori (data) / Fine lavori (data)

Data e firma