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 [https://autenticert.it/](https://autenticert.it/%20) 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.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NORMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ISO 9001 | | | |  | | | ISO 14001 | | | | | | |  | | | | | ISO 45001 | | | | |  | | | ISO 27001 | | | | | | | | |  | ISO 39001 | | | |
|  | ISO 37001 | | | |  | | | ISO 13485 | | | | | | |  | | | | | ISO 22716 | | | | |  | | | ISO 22301 | | | | | | | | |  | ISO 50001 | | | |
|  | ISO 22000 | | | |  | | | ISO 13009 | | | | | | |  | | | | | MO 231 2001 | | | | |  | | | PAS 24000 | | | | | | | | |  | Altro | | | |
| TIPO DI VALUTAZIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Iniziale | | | | | |  | | | | | | Transfer | | | | | | | |  | | | | | Estensione di scopo | | | | |  | | | | | Estensione di Sito |
| INFORMAZIONI GENERALI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ragione Sociale | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | P.IVA/COD.FISC. | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Persona di riferimento | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Ruolo | | |  | | | | | | | | Tel/Mail | | |  | | | | |
| Sede legale | | | | | | | | | *(Indirizzo, Civico, CAP, Comune, Provincia, Stato)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. | | |  | | | | | | | | | | | Fax | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | E-mail | |  | | | | | |
| La sede legale è oggetto di certificazione? | | | | | | | | | SI  NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fatturato Medio negli ultimi 3 anni | | | | | | | | | € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° Addetti Totale | | | | | | | | |  | | | N° Addetti Full Time | | | | | | | | | | |  | | | | | | | N° Addetti Part Time | | | | | | | |  | | |
| NEL CASO IN CUI L’AZIENDA OPERI SU TURNI, INDICARE LA SUDDIVISIONE DELLE MAESTRANZE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0° TURNO UNICO | | | | | | 1° TURNO | | | | | | | | | | | 2° TURNO | | | | | | | | | 3° TURNO | | | | | | | | | | 4° TURNO | | | | |
| Dalle ore \_\_\_\_alle\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Dalle ore \_\_\_\_alle\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | Dalle ore \_\_\_\_alle\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | Dalle ore \_\_\_\_alle\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | Dalle ore \_\_\_\_alle\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| N° | |  | | | | N° | | | | |  | | | | | | N° | | | | |  | | | | N° | | | | |  | | | | | N° | |  | | |
| ORGANIZZAZIONE OPERA SU PIU’ SITI? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI  NO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ELENCO DI TUTTE LE SEDI OPERATIVE DA CERTIFICARE RIPORTATE SUL CCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo  *(tipologia, indirizzo, Civico, CAP, Comune, Provincia, Stato)* | | | | | | | N. Addetto totali | | | | | | | | | | | N° Addetti Full Time | | | | | | | | | N° Addetti Part Time | | | | | | | | | | | Processi svolti  presso la sede | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| L’Azienda possiede certificazioni? | | | | | | | | | | | | | SI  NO  Se SI, Allegare copia del/i Certificato/i | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data sistema di gestione | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nominativo Consulente o Società di Consulenza *(nel caso in cui non sia specificato si riterrà interno all’azienda)* | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| SCOPO RICHIESTO |
|  |
| INDICARE EVENTUALI PROCESSI AFFIDATI ALL’ESTERNO |
|  |
| PROCESSI NON APPLICABILI |
|  |

| ***ALLEGATO IAF 35:***  ***Elenco completo delle commesse eseguite (SIA CHIUSE CHE IN CORSO) nell’ultimo triennio ricadenti nel campo di applicazione***  *Per sito operativo esterno si intende luogo ove un’Azienda eroga il proprio servizio, ad esempio: cantieri per imprese settore Edile; condomini, uffici, negozi per imprese di pulizia; centri di cottura e di somministrazioni pasti per aziende Catering; assistenza infermieristica o riabilitativa domiciliare, per Aziende sanitarie; ed analoghi.*  ***È possibile fornire informazioni sui siti operativi anche riportati in formato diverso ad esempio foglio Excel, tabella word, purché abbiamo le stesse informazioni e la nota sotto riportata.*** | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cantiere di | Indirizzo | Oggetto delle attività / dei lavori | Data inizio lavori | Numero di Dipendenti | | Importo € | Durata in Giorni | Lavori Eseguiti in percentuale % | Applicabile solo per cantieri attivi | |
| Azienda | Sub. appalt. | Distanza dalla sede in Km | Tempo medio di arrivo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ALLEGATO IAF 37:***  Organico dell’organizzazione COINVOLTO NELLE ATTIVITÀ OGGETTO DI CERTIFICAZIONE DELL’ATTIVITA’ FORMATIVA | | | | | | | |
| TOTALE ADDETTI  (specificare n°) | ADDETTI FULL TIME | | | | ADDETTI PART TIME | | |
| Dirigenti | Amministrativi | Tutor/Coordinatori | Docenti | Amministrativi | Tutor/Coordinatori | Docenti |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ELENCO CORSI ATTIVI O PROGRAMMATI |  |  |
| N° | DESCRIZIONE  (tipo di corso e/o attività oggetto di possibile campionamento, luogo) | Distanza dalla  sede (Km) | Avanzamento lavori svolti  (%) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ATTIVITÀ DI FORMAZIONE  EROGATE NELL’ULTIMO ANNO | |  |
| N° DI CORSI | | N° ORE DI FORMAZIONE | N° DOCENTI |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |
| --- |
| TRASFERIMENTO DEL CERTIFICATO DA ALTRO ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE ACCREDITATO |
| **MOTIVO DEL TRANSFER:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PER EFFETTUARE IL TRANSFER OCCORRE PRESENTARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:   * 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   **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.**  **AUTENTICERT PROVVEDERA’ AD INFORMARE IL CAB CEDENTE DELL’ AVVENUTO TRASFERIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE ED A RICHIEDERE FORMALMENTE AL CAB CEDENTE LA CONFERMA DELLA VALIDITA’ DEL CERTIFICATO PER CUI SI È RICHIESTO IL TRASFERIMENTO**. |
|  |
| DATA, FIRMA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE E TIMBRO DELL’IMPRESA |
| DATA:  TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE: |

**L’INFORMATIVA PRIVACY E IL SUO CONSENSO, SI RIMANDA AL MOD.23-INFORMATIVA PRIVACY, DA ALLEGARE AL PRESENTE.**

**Per maggiori informazioni in merito alle regole e ai requisiti per la certificazione Vi preghiamo di prendere visione dei regolamenti disponibili sul sito: https://autenticert.it/**