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/ 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 22000 |
|  | ISO 13009 |  | MO 231/01 |  | ISO 50001 |  | PAS 24000 |  | UNI PdR 125 |
|  | ALTRO: *Specificare* | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DI VALUTAZIONE** | | | | | | | |
|  | Iniziale |  | Transfer |  | Estensione di scopo |  | Estensione di Sito |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI GENERALI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAGIONE SOCIALE | | | |  | | | | | | | | P.IVA/COD.FISC. | | | | |  | | | | | | | |
| PERSONALE DI RIFERIMENTO | | | |  | | | | | RUOLO | | |  | | | | | TEL/MAIL | | |  | | | | |
| SEDE LEGALE | | | | *(Indirizzo, Civico, CAP, Comune, Provincia, Stato)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL. | | | |  | | | | | | E-MAIL | | | | | | | | |  | | | | | |
| LA SEDE LEGALE E’ 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° | | |  |
| L’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. Addetti Totali | | | | N° Addetti processi HR  *(direzione, amministrazione*  *Personale/hr. Formazione, sistema di gestione parità di genere, legale, comunicazione)*  **CAMPO OBBLIGATORIO PER LA UNI/PDR 125** | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMINATIVO CONSULENTE O SOCIETÀ DI CONSULENZA  *(nel caso in cui non sia specificato si riterrà interno all’azienda)* | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAMPO DI APPLICAZIONE**  *(Il contenuto che l’Azienda intende far comparire sul certificato)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INDICARE EVENTUALI PROCESSI AFFIDATI ALL’ESTERNO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROCESSI NON APPLICABILI**  *(se previsto dalla norma)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| ***ALLEGATO IAF 28/35:***  ***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’attività formativa*** | | | | | | | |
| *TOTALE ADDETTI:*  *N°:\_\_\_\_* | *ADDETTI FULL TIME* | | | | *ADDETTI PART TIME* | | |
| *Dirigenti* | *Amministrativi* | *Tutor/Coordinatori* | *Docenti* | *Amministrativi* | *Tutor/Coordinatori* | *Docenti* |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELENCO CORSI ATTIVI 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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ALLEGATO A – ISO 37001*** | | | | | |
| **1. SOCIETÀ CONTROLLATE** | | |  | | |
| **2. PAESI IN CUI OPERA L’ORGANIZZAZIONE** | | |  | | |
| **3. E’ STATA EFFETTUATA LA VALUTAZIONE DEI RISCHI ANTICORRUZIONE SU TUTTI I PROCESSI/ATTIVITÀ?** | | | SI  NO | | |
| **4. PROCESSI SENSIBILI AI FINI ANTICORRUZIONE SVOLTI PRESSO LA SEDE** | | | | | |
|  | *PROCESSO* | *N° ADDETTI COINVOLTI* |  | *PROCESSO* | *N° ADDETTI COINVOLTI* |
| A | FINANZA E CONTROLLO |  | K | GESTIONE OMAGGI E LIBERALITÀ |  |
| B | COMMERCIALE |  | L | RELAZIONI CON AUTORITÀ ISTITUZIONALI ED ENTI DI CONTROLLO |  |
| C | AGENTI E RETE VENDITA |  | M | GESTIONE PATROCINI E SPONSOR |  |
| D | APPROVVIGIONAMENTO |  | N | GESTIONE CONTENZIOSI E RECLAMI |  |
| E | FIGURE ISTITUZIONALI E ORGANI SOCIALI |  | O | SERVIZI INFORMATICI |  |
| F | UFFICI DI DIREZIONE E CDA |  | P | GESTIONE SECURITY |  |
| G | INTERNAL AUDITING |  | Q | ATTIVITÀ DI CONTROLLO E COLLAUDI |  |
| H | GESTIONE LICENZE, GARE E AUTORIZZAZIONI |  | R | ACQUISTI |  |
| I | GESTIONE RISORSE UMANE |  | S | ALTRO (SPECIFICARE) |  |
| J | AMMINISTRAZIONE E GESTIONE CASSA |  |  |  |  |
| *Allegare, se necessario, un elenco completo* | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDICARE IN QUALI CATEGORIE RICADE LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE** | | | |
| Pubblica Amministrazione |  | Ordini professionali e collegi nazionali |  |
| Enti pubblici economici |  | L’Organizzazione opera nel settore sanitario |  |
| Società in controllo pubblico o partecipate dal pubblico |  | L’Organizzazione opera nel settore delle costruzioni |  |
| Associazioni, fondazioni e enti di diritto privato finanziati in modo maggioritario dalla PA |  | L’Organizzazione opera nel settore Bancario e assicurativo |  |
| I componenti degli organi di amministrazione e indirizzo sono designati dalla PA |  | L’Organizzazione opera nel settore Utilities (gas, energia termica, elettricità, acqua, trasporti, comunicazioni, servizi postali) |  |
| Enti del terzo settore (es. organizzazioni di volontariato, organismi per la cooperazione) e cooperative sociali |  | Associazioni di categoria (inclusi partiti e sindacati) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE È QUOTATA IN BORSA? | SI  NO |
| LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE APPARTIENE/FA PARTE DI QUALCHE GRUPPO, HOLDING, CORPORATION ETC? | SI  NO  SE Sì, INDICARE IL NOME: |
| L’ORGANIZZAZIONE RICEVE O HA RICEVUTO CONTRIBUTI, FONDI O FINANZIAMENTI PUBBLICI, NAZIONALI E INTERNAZIONALI IN QUOTA SUPERIORE AL 30% DEL FATTURATO? | SI  NO |
| L’ORGANIZZAZIONE RICEVE DA PARTE DI ENTI E SOCIETÀ PUBBLICHE O ISTITUZIONI INTERNAZIONALI QUALSIASI TIPO DI COMPENSO O RETRIBUZIONE, COMPRESI QUELLI DERIVANTI DALL’ESECUZIONE DI CONTRATTI PUBBLICI IN QUOTA SUPERIORE AL 30% SUL FATTURATO | SI  NO |
| L’ORGANIZZAZIONE È STATA IMPLICATA NEGLI ULTIMI 5 ANNI IN INDAGINI GIUDIZIARIE RELATIVE A FENOMENI CORRUTTIVI, O CHE SIANO COMUNQUE PERCEPITI DAL MERCATO COME A RISCHIO DI FENOMENI CORRUTTIVI | SI  NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ALLEGATO B – PAS 24000*** | | | | |
| **INDICATE IL CCNL DA VOI APPLICATO:** |  | | | |
| **SONO PRESENTI SINDACATI?** | SI  NO | | Se sì, indicate quali: |  |
| **CI SONO DIPENDENTI DI VOSTRI FORNITORI CHE LAVORANO ESCLUSIVAMENTE PRESSO LA/E VOSTRA/E SEDE/I?** | SI  NO | | Se sì, indicate le attività svolte ed il numero dei/delle lavoratori/lavoratrici: |  |
| **AVETE FORNITORI CHE LAVORANO ESCLUSIVAMENTE PER VOI (PRESSO LA LORO SEDE)?** | SI  NO | | Se sì, indicate le attività svolte ed il numero dei/delle lavoratori/lavoratrici: |  |
| ***Ulteriori informazioni sui/sulle lavoratori/lavoratrici*** | | | | |
| DISTRIBUZIONE PER GENERE | MASCHILE N° TOT.\_\_\_\_\_ | | | |
| FEMMINILE N° TOT.\_\_\_\_ | | | |
| SONO PRESENTI LAVORATORI/LAVORATRICI EXTRACOMUNITARI? | SI  NO | | | |
| FORNITE SERVIZI DI MENSA AI/ALLE LAVORATORI/LAVORATRICI? | SI  NO | PRESSO LOCALI AZIENDALI  PRESSO STRUTTURE ESTERNE | | |
| FORNITE ALLOGGI AI/ALLE LAVORATORI/LAVORATRICI? | SI  NO | PRESSO LOCALI AZIENDALI  PRESSO STRUTTURE ESTERNE | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ALLEGATO C – UNI PdR 125*** | | |
| **LINGUA DEL PERSONALE**  (se diversa dall’italiano) |  | |
| **LE UNITÀ DELL’ORGANIZZAZIONE MULTI-SITO HANNO DIVERSE RAGIONI SOCIALI?** | SI  NO | |
| **L’ORGANIZZAZIONE GESTISCE IL PERSONALE IN MANIERA CENTRALIZZATA (FUNZIONE HR CENTRALIZZATA)?** | SI  NO | |
| **IN CASO NEGATIVO, IN QUALI SITI SONO PRESENTI RAPPRESENTANTI HR E QUALI ATTIVITÀ SVOLGONO?** |  | |
| **L’ORGANIZZAZIONE HA AFFIDATO A TERZI ATTIVITÀ O PROCESSI RICADENTI NEL CAMPO DI APPLICAZIONE?** | SI  NO | |
| **L’ORGANIZZAZIONE FA PARTE DI UN GRUPPO?** | SI  NO | SE Sì, INDICARE LE SINGOLE LEGAL ENTITY CHE EVENTUALMENTE SI VUOLE TENERE FUORI DALLA CERTIFICAZIONE |
| **RAGIONE SOCIALE DEL GRUPPO** |  | |

|  |
| --- |
| 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: |

PER 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/