

Questionario Informativo

Sottoponiamo alla Vostra attenzione i dati riportati nella tabella, al fine di determinare l'offerta per l'attività di certificazione richiesta; la presente "domanda di certificazione" dovrà essere restituita a:

Dott.ssa Adelina Cardenuto (fax 0541/324254; tel. 0541/322362; email: acardenuto@giordano.it).

Tipo di certificazione richiesta			
<input type="checkbox"/> Prima certificazione <input type="checkbox"/> Estensione (<input type="checkbox"/> di scopo <input type="checkbox"/> di sito) <input type="checkbox"/> Rinnovo <input type="checkbox"/> Trasferimento di certificato (Cambio Organismo di certificazione)			
Dati dell'Organizzazione che richiede la certificazione (NOTA: Allegare anche copia della Visura Camerale dell'organizzazione oggetto di certificazione.)			
Ragione sociale			
Partita IVA/Codice Fiscale			
Persona di riferimento			
E-mail			
Pec			
Codice SDI (Fatturazione)			
Telefono	Fax	Cellulare	
Indirizzo sede legale (Via, CAP, località, prov., stato)			
La sede legale è un sito operativo oggetto della certificazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Altri siti oggetto della certificazione			
Indicare tutti i siti oggetto della certificazione – uffici, stabilimenti, magazzini, ecc. – se diversi dalla sede legale			
Denominazione/Tipologia	Indirizzo	Attività svolte	N. Addetti
Normativa di riferimento			
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834:2006 <input type="checkbox"/> UNI EN ISO 14001:2015 <input type="checkbox"/> OHSAS 18001			
Eventuali requisiti non applicati delle norme <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, Quali _____			
Personale coinvolto nella Certificazione (con personale si intende: soci + dipendenti + collaboratori + subappaltatori etc.)			
N. TOTALE personale _____	N. personale full-time _____	N. personale part-time _____	
N. personale Stagionali _____	N. Subappaltatori _____		
Attività oggetto della certificazione (proposta di scopo da riportare sul certificato)			
Breve descrizione dell'attività per cui l'Organizzazione richiede la certificazione, aspetti significativi dei processi e relativi rischi associati			
Altre informazioni (applicabili a tutte le norme)			
Fatturato medio dell'ultimo triennio riferito all'attività oggetto di certificazione: _____			
Emissione/simulazione di un rapporto di verifica finale, relativamente all'attività di verifica della progettazione di un'opera (da compilare solo per aziende operanti nel settore IAF34 che effettuano attività di verifica della progettazione delle opere pubbliche, ai fini della validazione/approvazione): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Attività affidate all'esterno (outsourcing): _____			
L'Organizzazione fa parte di un gruppo più grande (Holding, Corporation, ...)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____			
L'Organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del Sistema? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____ Il nome della società di consulenza consente a Istituto Giordano di evitare possibili conflitti di interesse tra attività di certificazione e le attività delle imprese collegate			
Da quanti anni viene applicato il Sistema di Gestione? Si rammenta che per poter essere certificabile l'Organizzazione richiedente deve assicurare la messa a punto della documentazione e la piena operatività del Sistema di Gestione nei riguardi dei requisiti della norma da almeno 3 mesi			
L'Organizzazione ha altri sistemi di gestione e/o prodotti certificati? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare (Norma, Organismo): _____			
I sistemi di gestione sono integrati? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Principale normativa cogente relativa all'attività oggetto di certificazione _____			
L'azienda ha contenziosi amministrativi con le autorità competenti in relazione ai requisiti cogenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI quali _____			

SOLO PER - TRASFERIMENTO DA ALTRO ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE - Allegare i Report di audit dell'ultimo triennio di certificazione, il certificato in corso di validità e autodichiarazione dell'organizzazione che confermi la validità del certificato.
Nominativo Organismo di Certificazione di provenienza: _____
Motivo della richiesta di trasferimento: _____
Presenza di non conformità ancora aperte per le quali non è stata ancora verificata l'attuazione delle azioni correttive: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si allegare evidenze delle NC e relativi trattamenti/azioni correttive.
Reclami significativi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (allegare)
Tipologia prossimo audit: <input type="checkbox"/> Prima Sorveglianza <input type="checkbox"/> Seconda Sorveglianza <input type="checkbox"/> Rinnovo
Data prossimo audit: _____

SOLO PER - CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE AMBIENTALE ISO 14001
L'Organizzazione è situata nelle vicinanze di aree di interesse naturalistico o aree sensibili? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tipo di ambiente circostante <input type="checkbox"/> industriale <input type="checkbox"/> artigianale <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> misto (specificare)
Presenza nelle vicinanze di infrastrutture e aree sensibili: <input type="checkbox"/> aree protette <input type="checkbox"/> parchi <input type="checkbox"/> flora, fauna, ecosistemi sensibili
L'Organizzazione produce, trasporta e/o smaltisce rifiuti speciali e/o pericolosi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione detiene sostanze o preparati pericolosi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione produce emissioni in atmosfera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione possiede uno scarico idrico industriale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Organizzazione soggetta a CPI – Certificato di Prevenzione Incendi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di amianto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Principali aspetti ambientali _____

SOLO PER - CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE ISO 3834
Parte della norma applicabile <input type="checkbox"/> EN ISO 3834-2 <input type="checkbox"/> EN ISO 3834-3 <input type="checkbox"/> EN ISO 3834-4
Personale coinvolto nell'intero processo di saldatura _____
Principali materiali/Procedimenti di saldatura utilizzati _____
Il Coordinatore di Saldatura è una figura professionale certificata secondo schema IIW? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, ma soddisfa i requisiti della norma ISO14731
Gli operatori di saldatura, i saldatori e i procedimenti di saldatura sono qualificati in accordo alla normativa applicabile di cui alla parte 5 della ISO 3834 <input type="checkbox"/> Internamente, indicare normativa di riferimento _____ <input type="checkbox"/> da Ente Terzo, indicare nome dell'Ente _____ e normativa di riferimento _____
Le qualifiche di operatori di saldatura e saldatori sono in corso di validità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SOLO PER - CERTIFICAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO BS OHSAS 18001/ISO 45001
Tipo di ambiente circostante <input type="checkbox"/> industriale <input type="checkbox"/> artigianale <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> rurale <input type="checkbox"/> misto (specificare: _____)
Presenza di siti industriali adiacenti di rilevante importanza: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza nelle vicinanze di infrastrutture e aree sensibili: <input type="checkbox"/> scuole <input type="checkbox"/> ospedali <input type="checkbox"/> alberghi, residence <input type="checkbox"/> percorsi turistici <input type="checkbox"/> aree protette <input type="checkbox"/> parchi <input type="checkbox"/> flora, fauna, ecosistemi sensibili
L'Organizzazione detiene sostanze o preparati pericolosi? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione rientra tra le aziende a rischio di incidente rilevante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Organizzazione soggetta a CPI – Certificato di Prevenzione Incendi: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenza di amianto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono presenti lavoratori che operano al di fuori dei locali dell'Organizzazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sono presenti obblighi legali in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Principali rischi presenti sui luoghi di lavoro _____

Data: _____ **Timbro e Firma:** _____

DA COMPILARE SOLO PER IL SETTORE IAF28 (IMPRESE DI COSTRUZIONE E INSTALLAZIONE IMPIANTI)

OGGETTO: Elenco cantieri in essere (Si chiede di indicare i cantieri in essere rientranti nell'oggetto di certificazione)

(NB: Eventuali variazioni dell'elenco cantieri/stato dei cantieri dovranno essere tempestivamente segnalate all'Istituto Giordano)

1° Commessa <i>(identificazione e località)</i>	
Importo lavori	
Data inizio lavori	
Data fine lavori	
n° Persone impiegate <i>(valore medio comprensivo di subappaltatori)</i>	
Descrizione attività e tipologie di opere – OG/OS	
Stato avanzamento del Cantiere <i>(operativo, sospeso, % avanzamento lavori, ...)</i>	
Distanza cantiere dalla sede operativa (Km)	

2° Commessa <i>(identificazione e località)</i>	
Importo lavori	
Data inizio lavori	
Data fine lavori	
n° Persone impiegate <i>(valore medio comprensivo di subappaltatori)</i>	
Descrizione attività e tipologie di opere – OG/OS	
Stato del Cantiere <i>(chiuso, operativo, sospeso, ...)</i>	
Distanza cantiere dalla sede operativa (Km)	

NB: Se necessario aggiungere campi aggiuntivi

OGGETTO: Elenco commesse ultimo triennio (Si chiede di indicare le commesse lavorate nell'ultimo triennio rientranti nell'oggetto di certificazione)

ELENCO COMMESSE ULTIMO TRIENNIO				
Commesse	Tipologia	Anno ____	Anno ____	Anno ____
1° Commessa <i>(identificazione)</i> _____	Descrizione attività e tipologie di opere – OG/OS			
	Importo lavori			
	Data inizio/fine lavori			
2° Commessa <i>(identificazione)</i> _____	Descrizione attività e tipologie di opere – OG/OS			
	Importo lavori			
	Data inizio/fine lavori			
3° Commessa <i>(identificazione)</i> _____	Descrizione attività e tipologie di opere – OG/OS			
	Importo lavori			
	Data inizio/fine lavori			

NB: Se necessario aggiungere campi aggiuntivi

Data: _____ Timbro e Firma: _____