

### Questionario Informativo

Sottoponiamo alla Vostra attenzione i dati riportati nella tabella, al fine di determinare l'offerta per l'attività di certificazione richiesta; il presente documento compilato dovrà essere restituito a:

Dott.ssa Cardenuto Adelina 0541/322362 e-mail: [acardenuto@giordano.it](mailto:acardenuto@giordano.it)

Normativa di riferimento UNI ISO 13009:2018			
<b>Tipo di certificazione richiesta</b>			
<input type="checkbox"/> Prima certificazione <input type="checkbox"/> Estensione ( <input type="checkbox"/> di scopo <input type="checkbox"/> di sito) <input type="checkbox"/> Ricertificazione <input type="checkbox"/> Trasferimento di certificato (Cambio Ente)			
Dati dell'Organizzazione che richiede la certificazione: Allegare copia della Visura Camerale dell'organizzazione oggetto di certificazione			
Ragione sociale			
Partita IVA/Codice Fiscale			
Persona di riferimento			
E-mail			
Pec			
Telefono		Cellulare	
Indirizzo sede legale <i>(Via, CAP, località, prov., stato)</i>			
La sede legale corrisponde alla sede dello stabilimento oggetto della certificazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
L'organizzazione affida alcune attività ad altri soggetti secondo art 45bis del codice della navigazione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, quali?			
L'organizzazione è affidataria di alcune attività da parte di soggetti detentori della concessione secondo art 45bis del codice della navigazione? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no   Se sì, quali? Indicare il titolare della concessione:			
L'organizzazione affida alcune attività ad altri soggetti in subappalto: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no   Se sì, quali?			
<b>Sede dello Stabilimento/i oggetto della certificazione</b>			
Denominazione/Tipologia	Indirizzo	Attività svolte	N. Addetti
L'effettivo numero di addetti include il personale non permanente (stagionale, temporaneo, persone a contratto e subappaltato)			
N. TOTALE personale:		N. personale full-time:	N. personale part-time:
N. Subappaltatori:			
<b>DETTAGLI STABILIMENTO</b>			
Superficie demaniale (mq): _____		Capacità massima della spiaggia (n. persone): _____	
Tipologia di spiaggia: <input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Privata		Data apertura:   data chiusura:	
Accessibilità della spiaggia: <input type="checkbox"/> pedonale <input type="checkbox"/> accesso a mezzi a motore in area demaniale <input type="checkbox"/> parcheggio non in area demaniale <input type="checkbox"/> accesso a persone disabili			
Indicare i Servizi Erogati: <input type="checkbox"/> servizi essenziali quelli obbligatori e previsti dalla concessione come ad esempio (servizio di noleggio ombrelloni e lettini, servizi di pulizia e manutenzione, servizi di informazione e servizi di <a href="#">sicurezza</a> ).			
<b>Servizi aggiuntivi</b>			
<input type="checkbox"/> Vendita alimenti e bevande (specificare sempre se Bar, Tavola calda, Ristorante, ecc.);			
<input type="checkbox"/> bar <input type="checkbox"/> ristorante <input type="checkbox"/> tavola calda			
<input type="checkbox"/> Attività ricreative (area giochi per bambini, miniclub, animazione, piscina, <a href="#">idromassaggio</a> , <a href="#">sauna</a> ecc.) e sportive (area fitness, campo da beach volley, ping-pong, bocce, tennis, centro diving, sport acquatici noleggio natanti) <input type="checkbox"/> pedalò <input type="checkbox"/> a motore <input type="checkbox"/> a vela			
<input type="checkbox"/> Venditori ambulanti;			
<input type="checkbox"/> Altri servizi non contemplati sopra _____;			
<b>Infrastrutture:</b>			
<input type="checkbox"/> ombrelloni			
<input type="checkbox"/> lettini/sdraio			
<input type="checkbox"/> cabine/spogliatoi			
<input type="checkbox"/> toilette			
<input type="checkbox"/> docce			
<input type="checkbox"/> lavatoi piedi			
<input type="checkbox"/> punti erogazione acqua potabile			
<input type="checkbox"/> deposito materiali/mezzi			
<input type="checkbox"/> locale infermeria			
<input type="checkbox"/> rimessaggio imbarcazioni			
<input type="checkbox"/> reception			

**DIVISIONE CERTIFICAZIONE SISTEMI DI GESTIONE** - Tel. +39 0541 322390 [certificazionesistemi@giordano.it](mailto:certificazionesistemi@giordano.it)

<b>Altre informazioni</b>
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 _____
Da quanti anni vengono applicati criteri di Assicurazione/Gestione della Qualità?
L'Organizzazione ha altri sistemi di gestione certificati? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____
<b>Note:</b>

**CONSENSO SULLA PRIVACY.** Con la sottoscrizione del presente modulo il Committente autorizza sin d'ora Istituto Giordano S.p.A. (direttamente e indirettamente attraverso terzi in relazione agli adempimenti in qualsiasi modo connessi e/o collegati con il presente documento) al trattamento dei dati ivi contenuti secondo il D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 e il Reg UE 679/2016. L'informativa completa è consultabile sul sito [www.giordano.it](http://www.giordano.it).

**Data**

\_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

\_\_\_\_\_