

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

REVIEW

A Informazioni generali

1 Nome della Società (Come riportato in visura camerale)

2 Sede Legale (Come riportato in visura camerale)

3 Codice Fiscale

Partita Iva

4 Rappresentante legale della Società
(in alternativa Responsabile, titolo, nome)

Posizione

5 Tel.

Cellulare

E-mail

WEB site

PEC

6 Indirizzo (Se diverso dal punto 2)

7 Indirizzo di fatturazione (Se diverso dal punto 2)

8 Nome dell'eventuale società di consulenza utilizzata:

9 Codice Nace / Ateco

Codice EA

NOTA: In caso di appartenenza alla categoria delle imprese artigiane, al fine di usufruire del Contributo regionale è necessario allegare anche una copia della registrazione della Camera di commercio

10 Attività Stagionale (se presente)

da

a

11 Fornire dettagli sulla implementazione effettiva del sistema di gestione

12 Data richiesta per la certificazione?

13 L'organizzazione ha avuto precedenti rapporti con SDMCERT sro?

Si

No

Se sì, quali?

14 Punti di esclusione?

Si

No

In caso affermativo, fornire una breve descrizione.

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

REVIEW

B DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ SOGGETTE ALLA CERTIFICAZIONE

15 Scopo (Ed eventuali esclusioni)

--

C TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA

Sistema di Gestione Qualità ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/>
Vi sono aspetti o condizioni insolite per il settore o aspettative particolari delle parti interessate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se si, si prega di specificare:	

16 Sistema di Gestione Ambientale ISO 14001:2015	<input type="checkbox"/>
La società è soggetta a rischio incidenti gravi?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Negli ultimi 3 anni l'azienda ha avuto incidenti ambientali o ha contribuito a creare problemi ambientali?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Are eventuali aspetti ambientali o normativi insoliti per il settore o aspettative particolari delle parti interessate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se si, si prega di specificare:	

17 Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro ISO 45001:2018	<input type="checkbox"/>
La società è soggetta a rischio incidenti gravi?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Negli ultimi 3 anni l'azienda ha avuto incidenti o ha contribuito a creare problemi legati alla salute e alla sicurezza dei dipendenti?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Vi sono aspetti insoliti o regolamentari per il settore o aspettative particolari delle parti interessate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Se si, si prega di specificare:	

18 Nel caso di certificazione su due o più schemi, i sistemi di gestione sono gestiti in modo integrato (ovvero è possibile verificarli congiuntamente)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si prega di indicare il livello di integrazione: <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 40% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100%	

19 È richiesto un Pre-Audit?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	---

20 Lingua del personale, lingua dei documenti del sistema di gestione	<input type="text"/>
--	----------------------

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

D CERTIFICATI GIÀ IN POSSESSO DALL'ORGANIZZAZIONE

21	Norma	Data di emissione	Scopo	Ente di Certificazione

Note:

22 Organizzazione multi-sito? Si No
I siti da certificare sono specificati nella Sezione E.

23 Sono presenti processi in outsourcing? Si No
Se SI, Compilare la Sezione F

E SITI DA CERTIFICARE

24 Indirizzi dei siti (1), Processi (2) e Personale coinvolto (3)

A	Indirizzo	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Processo/i	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Personale						
		Turni	Personale full time	Ore/giorni	Part time	Mese/anno Stagionali / interinali	N° di impiegati Totale
B	Indirizzo	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Processo/i	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Personale						
		Turni	Personale full time	Ore/giorni	Part time	Mese/anno Stagionali / interinali	N° di impiegati Totale
C	Indirizzo	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Processo/i	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Personale						
		Turni	Personale full time	Ore/giorni	Part time	Mese/anno Stagionali / interinali	N° di impiegati Totale
D	Indirizzo	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Processo/i	<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	Personale						
		Turni	Personale full time	Ore/giorni	Part time	Mese/anno Stagionali / interinali	N° di impiegati Totale

(1) Indirizzo dei siti (indicare l'indirizzo completo dei siti richiesti nel certificato)

(2) Principali processi effettuati sul sito

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

- (3) Personale coinvolto nelle attività incluse nel sistema oggetto della richiesta (compresi lavoratori atipici, lavoratori temporanei, insegnanti, ecc.)
NB Per le organizzazioni con più di 4 siti, deve essere allegato un documento completo separato

25 Le unità multi-sito hanno Partite Iva separate?

Si No

Se le unità dell'Organizzazione multi-sito hanno IVA diverse, specificare se esiste un accordo giuridicamente valido tra le varie unità per la gestione centralizzata del Sistema.

26 Le unità multi-sito sono tutte di proprietà dell'azienda?

Si No

Nel caso di attività svolte anche temporaneamente in siti non di proprietà dell'azienda, è importante allegare un elenco dei siti che dovrebbero essere attivi al momento della verifica per la certificazione: ad es. per le attività di ristorazione collettiva, indicare l'elenco di cucine, centri cottura, sale da pranzo, pulizia, sicurezza, portineria, installazioni, montaggio, manutenzione, etc..

REVIEW

F PROCESSI CRITICI O RILEVANTI IN OUTSOURCING (compilare se presenti)

27 Elenco dei processi in outsourcing con impatto significativo sul servizio / prodotto soggetto a certificazione

Tipo di Processo	Indirizzo del sito

G CONFERMA DEI DATI (da compilare da parte del richiedente)

28 Note

Data

Firma

Nome e Cognome

Ruolo Aziendale

Il trattamento dei dati è autorizzato ai sensi del Nuovo regolamento sulla privacy 679/16

SDMERT Sro invierà un'offerta per le attività di certificazione richieste all'indirizzo e-mail indicato.

Per ulteriori informazioni su regole e requisiti per la certificazione, leggere le normative disponibili sul sito: www.sdmcert.com



RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE

H Revisione della domanda (da parte di SDMCERT Sro)

Data Firma

Revisore:

Programma di Audit	PA	ST1	ST2	CA1	CA2	REC
Siti						
g/h						

Note

