

TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA			
NUOVA CERTIFICAZIONE <input type="checkbox"/>	CAMBIO ENTE <input type="checkbox"/>	RINNOVO <input type="checkbox"/>	ESTENSIONE: Sedi <input type="checkbox"/> Scopo <input type="checkbox"/>

**1-DATI SULL'ORGANIZZAZIONE**

Ragione Sociale:		
Referente:	Funzione:	
Partita IVA:	Codice Fiscale:	
DATI SEDE LEGALE		
Via:		Sito Internet:
CAP:	Città:	Prov.:
Tel.:	Fax:	Email:
DATI SEDE OPERATIVA (da indicare se diversa da sede legale):		
Via:		Sito Internet:
CAP:	Città:	Prov.:
Tel.:	Fax: #	Email:

Nel caso di altri siti/sedi operative da includere nella certificazione, Vi chiediamo gentilmente di allegare questa pagina compilata per ogni sito/sede.

**2-SCOPO/CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE ( indicare le attività : progettazione, produzione, installazione, assistenza,etc. e prodotti/servizi)**

Vi sono requisiti specifici di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (es.: necessità di particolari DPI o limitazioni di accesso) e/o di sicurezza delle informazioni (es.: dati accessibili solo con particolari autorizzazioni, o aree riservate) da rispettare nei siti oggetto di certificazione, che possono influenzare o ostacolare le attività di audit? (se si indicare quali)	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
L'Organizzazione svolge attività di progettazione?	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Esclusioni giustificate nel manuale:		
Breve descrizione dei processi primari:		
Attività affidate in subappalto:		

**3-RICHIESTE SPECIFICHE SUL SERVIZIO**

Settore EA di attività:		
L'Organizzazione desidera ricevere un pre-audit?		Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data per l'avvio dell'iter di certificazione:		
Eventuale data limite per l'ottenimento della certificazione:		Motivazione:
Tempo di applicazione del Sistema:		
Eventuale Società di Consulenza:	RD:	RGQ:
L'Organizzazione è già certificata da altro Organismo?		Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sì, con quale?	Scadenza certificato:	

**(in caso di Richiesta Cambio Ente) - Allegare**

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Certificato in vigore del precedente ODC;</p> <p>2. Rapporti dei precedenti audit a partire dalla certificazione o dall'ultimo rinnovo;</p> <p>3. NC rilevate e relativo trattamento;</p> <p>4. Programma degli audit dell'ODC precedente, se disponibile;</p> | <p>5. Dichiarazione con:</p> <p>I. La descrizione dei motivi per la richiesta di trasferimento,</p> <p>II. I reclami ricevuti e le azioni intraprese nonché le eventuali implicazioni legali in essere con Enti competenti (<u>ove non ce ne fossero, dichiarazioni della loro assenza</u>).</p> |
|--|--|

**4-TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA**

L'azienda è soggetta a rischio di incidente rilevante (Seveso)?    Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Negli ultimi 3 anni, l'azienda ha avuto incidenti ambientali o ha contribuito a creare problemi di tipo ambientale? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Sistema di Gestione per la Sicurezza ISO 45001</b>	
L'azienda è soggetta a rischio di incidente rilevante (Seveso)?    Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Negli ultimi 3 anni, l'azienda ha avuto incidenti gravi/gravissimi o mortali che hanno avuto impatti sulla salute e sicurezza? Sì <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/>	
Il tasso di infortuni della vostra organizzazione è: <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Allineato <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/>	
rispetto alla media del vostro settore merceologico.	

**5-ALTRE INFORMAZIONI**

Anno di costituzione dell'Azienda:	
L'Organizzazione fa parte di un gruppo? (Se sì indicarne la ragione sociale)	
È collegata ad altre aziende già certificate da M.G. BUGATTI CERTIFICATION S.r.l.?	
N. Dipendenti totali (inclusendo sia il personale d'ufficio che operativo):	
N. Personale esterno operante in subappalto sui cantieri:	
Fatturato medio annuo (ultimi 2 anni):	
N. Turni:	

Al ricevimento della presente scheda, M.G. BUGATTI CERTIFICATION S.r.l. Vi invierà un'offerta per le attività di certificazione richieste, all'indirizzo da Voi indicato.

Si autorizza al trattamento dei dati ai fini del Regolamento GDPR del 2016.

Data di compilazione	Nominativo e funzione aziendale	Firma del rappresentante dell'Azienda

**Inviare a mezzo mail unitamente a copia Certificato di Iscrizione CCIAA.**