

## RICHIESTA OFFERTA CERTIFICAZIONE SISTEMA BUSINESS CONTINUITY

Qualora foste interessati a ricevere un'offerta da Certification Europe Italia per i servizi sopra indicati, vogliate cortesemente compilare il seguente questionario ed inviarlo al n. di fax 0321.339417 oppure via email all'indirizzo [amministrazione@ceitalia.com](mailto:amministrazione@ceitalia.com). Certification Europe Italia provvederà ad inviarVi un'offerta dettagliata riportante la descrizione ed i costi del servizio di certificazione. Se doveste aver bisogno di qualsiasi chiarimento e/o informazione sulla compilazione del presente questionario, non esitate a contattarci telefonicamente al n. 0321.622497.

Certification Europe Italia è la sede operativa di Certification Europe Ltd. con sede a Dublino, Irlanda, ed è l'entità legale e Organismo di Certificazione che fornisce la certificazione.

### DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

RAGIONE SOCIALE			
P.IVA C.FISC.			
INDIRIZZO			
CITTA' / CAP			
PERSONA DI RIFERIMENTO		FUNZIONE	
TELEFONO		FAX	
E-MAIL			
SITO INTERNET			

### SETTORE DI APPARTENENZA

<input type="checkbox"/> AGRICOLTURA	<input type="checkbox"/> SCAVI/ESTRAZIONI DI MINERALI
<input type="checkbox"/> MECCANICO	<input type="checkbox"/> ENERGIA
<input type="checkbox"/> EDILIZIA	<input type="checkbox"/> VENDITA ALL'INGROSSO/DETTAGLIO
<input type="checkbox"/> TRASPORTI E LOGISTICA	<input type="checkbox"/> TELECOMUNICAZIONI/IT
<input type="checkbox"/> FINANZA/ASSICURAZIONI	<input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE
<input type="checkbox"/> TURISMO	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)

DESCRIVERE LE ATTIVITÀ CUI SI RIFERISCE IL SISTEMA DI GESTIONE, COSÌ COME DOVREBBERO ESSERE RIPORTATE SUL CERTIFICATO:

 SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DELLA VISURA CAMERALE

L'AZIENDA È SOTTOPOSTA A REGOLAMENTAZIONI PARTICOLARI?	
INDICARE LA POSIZIONE GEOGRAFICA DEI SITI PER CUI SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE	
INDICARE IL TIPO DI APPLICAZIONI ED I PROGRAMMI UTILIZZATI QUOTIDIANAMENTE	
INDICARE LE MOTIVAZIONI CHE HANNO SPINTO L'AZIENDA A RICHIEDERE LA CERTIFICAZIONE:	

**FORZA LAVORO**

NUMERO DI UNITÀ PRODUTTIVE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE												
NUMERO DI ADDETTI IMPIEGATI NEI PROCESSI PRINCIPALI												
NUMERO DI ADDETTI IMPIEGATI IN UFFICIO												
NUMERO DI ADDETTI IMPIEGATI NEL SISTEMA DI GESTIONE BUSINESS CONTINUITY												
NUMERO DI ADDETTI IMPIEGATI NEL SETTORE IT												
NUMERO DI ADDETTI ESTERNI (SUBFORNITORI)												
NUMERO DI ADDETTI IN TURNAZIONE O PART-TIME (SPECIFICARE ORE GIORNALIERE)											ORE	
NUMERO DI ADDETTI STAGIONALI (INSERIRE IL NUMERO DEGLI ADDETTI PER OGNI MESE)												
GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	
NUMERO DI ADDETTI TOTALI												



**ORARI DI LAVORO**

ORE DI LAVORO STANDARD GIORNALIERE	
INDICARE DETTAGLI SU EVENTUALI ALTRI TURNI DI LAVORO	
INDICARE PERIODI DI CHIUSURA STAGIONALI	

**INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI**

CERTIFICAZIONE RICHIESTA	
<input type="checkbox"/>	NUOVA CERTIFICAZIONE
<input type="checkbox"/>	RINNOVO DELLA CERTIFICAZIONE
<input type="checkbox"/>	TRASFERIMENTO DA ALTRO ENTE ACCREDITATO
<input type="checkbox"/>	ESTENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE IN ESSERE

 L'ORGANIZZAZIONE DESIDERA UNA VERIFICA PRELIMINARE?  SÌ  NO

SOLO PER I TRASFERIMENTI DI CERTIFICAZIONE	IN CHE ANNO VI SIETE CERTIFICATI?	
	QUANDO SCADE LA VOSTRA CERTIFICAZIONE?	
	QUANDO È STATA EFFETTUATA LA VOSTRA ULTIMA VERIFICA DI TERZA PARTE?	
	CHE TIPO DI AUDIT ERA?	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE INIZIALE <input type="checkbox"/> MANTENIMENTO (INDICARE N° ___) <input type="checkbox"/> RINNOVO
	 SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DEL VOSTRO CERTIFICATO	
 FIRMA		

DA QUANTO TEMPO È STATO INTRODOTTO IL SISTEMA?	
PERIODO PREVISTO PER LA VERIFICA DI CERTIFICAZIONE	

L'AZIENDA È GIÀ IN POSSESSO DI ALTRE CERTIFICAZIONI?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
SE SÌ, INDICARE IL TIPO DI CERTIFICAZIONE, LA DATA E L'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE		

INDICARE IL NOMINATIVO DEL CONSULENTE E SPECIFICARE LA SOCIETÀ DI CONSULENZA


## ESCLUSIONI

SI PREGA DI INDICARE EVENTUALI REQUISITI NORMATIVI O ATTIVITÀ CHE NON TROVANO APPLICAZIONE NEL SISTEMA DI GESTIONE INDICANDO LE MOTIVAZIONI DI TALI ESCLUSIONI:

## INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI BUSINESS CONTINUITY

L'AZIENDA È DOTATA DI UN DOCUMENTO DI POLITICA SULLA BUSINESS CONTINUITY (O QUALCOSA DI ASSIMILABILE)?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'AZIENDA HA EFFETTUATO UNA VALUTAZIONE DEI RISCHI?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
SE SÌ, QUANDO FU COMPLETATA OPPURE QUANDO È STATA L'ULTIMA REVISIONE?		
L'AZIENDA CONSERVA IN UN APPOSITO ARCHIVIO LE INFORMAZIONI PROTETTE?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'AZIENDA POSSIEDE PROCEDURE DOCUMENTATE PER:		
○ RISERVATEZZA	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ PERSONNEL SCREENING	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ ADDESTRAMENTO	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ SICUREZZA DELLE APPARECCHIATURE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ CONTROLLO ACCESSI ALLA RETE	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ SISTEMI OPERATIVI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
○ CONTROLLO ACCESSO SISTEMI OPERATIVI	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'AZIENDA È DOTATA DI UN DOCUMENTO DI BUSINESS PLAN?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'AZIENDA EFFETTUA PERIODICAMENTE UN RIESAME DELLE STRATEGIE E POLITICHE SULLA CONTINUITÀ DEL BUSINESS, ED UNA VERIFICA SULLE PROCEDURE E SULLA LORO IMPLEMENTAZIONE?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

## SANZIONI

 L'ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE DEVE ALLEGARE EVENTUALI SANZIONI E/O CONDANNE A SEGUITO DI DISPOSIZIONI DISCIPLINANTI ASPETTI CHE POSSANO AVERE INFLUENZA SUL SISTEMA DI GESTIONE

## FIRME

### RICHIESTA COMPILATA DA

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445 IN CUI INCORRE CHI EFFETTUA DICHIARAZIONI MENDACI OD OMISSIVE, IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA CHE QUANTO SOPRA ESPOSTO CORRISPONDE AL VERO.

NOME		FUNZIONE	
DATA		 FIRMA	

**TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

IN RELAZIONE AL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, DICHIARO DI AVERE LETTO L'INFORMATIVA NEL REGOLAMENTO GENERALE E PUBBLICATA SULLA SEZIONE DOCUMENTI DEL SITO WEB WWW.CEITALIA.COM RELATIVAMENTE AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI. ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER LE FINALITÀ E CON LE MODALITÀ IVI INDICATE AI PUNTI 1), 2)

<b>NOME</b>		<b>FUNZIONE</b>	
<b>DATA</b>		<b>✎ FIRMA</b>	