

RICHIESTA OFFERTA CERTIFICAZIONE SISTEMA DI GESTIONE SALUTE & SICUREZZA SUL LUOGO DI LAVORO

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. 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			
FATTURATO MEDIO ANNUO			

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

FORZA LAVORO

NUMERO DI UNITÀ PRODUTTIVE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE												
NUMERO DI ADDETTI ALTA DIREZIONE (AMMINISTRATORI/DIRIGENTI)												
NUMERO DI ADDETTI CAPI REPARTO/RESP.PRODUZIONE												
NUMERO DI ADDETTI AMMINISTRAZIONE PERSONALE (PAGHE/CONTRIBUTI)												
NUMERO DI ADDETTI ALLA LOGISTICA												
NUMERO DI ADDETTI INGEGNERIA												
NUMERO DI ADDETTI STRUTTURE E MANUTENZIONE												
NUMERO DI ADDETTI UFFICIO ACQUISTI												
NUMERO DI ADDETTI ALLA PRODUZIONE												
NUMERO DI ADDETTI VENDITE E MARKETING												
NUMERO DI ADDETTI AL MAGAZZINO												
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												
N.B. i seguenti dati sono necessari al fine del calcolo esatto dei giorni di audit												

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 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

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 INTRODOTTTO 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:


ASPETTI RELATIVI ALLA SICUREZZA

INDICARE I PIÙ SIGNIFICATIVI RISCHI RELATIVI ALLA SICUREZZA CHE INTERESSANO LE ATTIVITÀ DELL'AZIENDA, QUALI ACUSTICI, CHIMICI, ECC:
DATA DELL'ULTIMA REVISIONE/AGGIORNAMENTO DEL DVR


ATTIVITÀ DI LAVORO ESTERNO

LA SOCIETÀ ESEGUE ATTIVITÀ DI "LAVORO ESTERNO"? SÌ NO

(SI INTENDONO ATTIVITÀ ESPLETATE DA SINGOLE PERSONE O PICCOLI GRUPPI PRESSO SEDI ESTERNE OVVERO ATTIVITÀ ESEGUITE DA UNITÀ MOBILI: AD ES. SERVIZIO DI TERZO RESPONSABILE, INSTALLAZIONE IMPIANTI, PICCOLI CANTIERI EDILI, ECC.)

 ALLEGARE ELENCO DETTAGLIATO DELLE ATTIVITÀ DI LAVORO ESTERNO CON L'INDICAZIONE DELL'UBICAZIONE GEOGRAFICA, DELLA TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ, DEL NUMERO DI ADDETTI, DELLA DURATA DEI LAVORI.

SANZIONI

 L'ORGANIZZAZIONE RICHIEDENTE DEVE ALLEGARE EVENTUALI SANZIONI E/O CONDANNE A SEGUITO DI DISPOSIZIONI DISCIPLINANTI LA PREVENZIONE E PROTEZIONE DEI LAVORATORI SUI LUOGHI DI LAVORO E 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)

NOME		FUNZIONE	
DATA		 FIRMA	