

MODALITÀ DI COMPILAZIONE: tutti i campi delle sezioni 1,2,3,4 devono essere compilati: dove non applicabile inserire N.A.

### 1. TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA

<input type="checkbox"/> PRIMA CERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> ESTENSIONE	<input type="checkbox"/> RICERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI CERTIFICATO (cambio Ente)
---	-------------------------------------	---	---

### 2. DATI DEL RICHIEDENTE IN QUALITÀ DI (specificare) \_\_\_\_\_:

Ragione Sociale:			
Indirizzo sede legale:			CAP/Città:
Referente aziendale:	e-mail:	Tel.:	Fax:
Partita IVA o Codice Fiscale:		Sito internet:	

### 3. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA CERTIFICAZIONE:

NORMATIVA DI RIFERIMENTO:	<input type="checkbox"/> Direttiva 2014/31/UE	<input type="checkbox"/> Direttiva 2014/32/UE
<b>4. ALLEGATO DI RIFERIMENTO DELLA DIRETTIVA:</b>	<input type="checkbox"/> ALL. D <input type="checkbox"/> ALL. D1 <input type="checkbox"/> ALL. E <input type="checkbox"/> ALL. E1 <input type="checkbox"/> ALL. H <input type="checkbox"/> H1	

### ATTIVITÀ OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE (dicitura da riportare sul certificato)

--

### PRINCIPALI PROCESSI DELL'ORGANIZZAZIONE RELATIVI AL CAMPO DI APPLICAZIONE

--

### ELENCO DEI CERTIFICATI DI ESAME DEL TIPO in possesso dell'Organizzazione

--

La sede legale è un sito oggetto della certificazione  SI  NO

### ALTRI SITI OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE

ALTRI SITI Indicare tutti i siti oggetto della certificazione (uffici, stabilimenti, ecc.) se diversi dalla sede legale. Allegare foglio aggiuntivo, se necessario.  N.A.

	Denominazione o tipologia	Indirizzo	Attività svolte	n. Addetti
1				
2				
3				
4				
5				

PROCESSI PRODOTTI RIGUARDANTI IL PRODOTTO OGGETTO DI CERTIFICAZIONE AFFIDATI ALL'ESTERNO

Specificare quali

N.A.

--



**CERTIFICAZIONE SISTEMI DI GESTIONE: QUESTIONARIO  
INFORMATIVO PER OFFERTA**

<b>EVENTUALI ESCLUSIONI</b>		
Esclusioni di altri siti dell'Organizzazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI quanti ?	
Esclusioni di altre attività /servizi erogati all'esterno dall'Organizzazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI quali ?	
Addetti/equivalenti coinvolti nel processo MID o NAWID		

**4. ALTRE INFORMAZIONI (applicabile a tutte le norme)**

E' stata utilizzata una società di consulenza per la preparazione di Manuale e Procedure <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nome di tale eventuale società (1):	Nominativo consulente (1):
Eventuali certificazioni del sistema di gestione già ottenute <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI per quale Norma:
Se SI, nome dell'ente di certificazione:	Il certificato è in corso di validità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lingua per l'audit: <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> _____	
Condizioni relative alla sicurezza presso i siti oggetto dell'audit:	
Principale normativa cogente relativa all'attività (allegare documentazione se necessario):	

In relazione al D.Lgs. 196/03 relativo al trattamento dei dati personali, dichiaro di avere ricevuto l'informativa qui allegata e/o contenuta nel Regolamento per la certificazione relativamente al trattamento dei miei dati.  
Permesso che, come indicato al punto 3 dell'informativa di cui sopra, i miei dati personali potranno essere utilizzati per l'invio di comunicazioni commerciali mediante strumenti elettronici (posta elettronica, telefax, messaggi Sms oMms, o di altro tipo) all'invio di dette comunicazioni

acconsento  non acconsento

Luogo e data:	<b>Timbro e Firma</b> (Specificare il nome e la funzione)
---------------	--