

Vogliate compilare il presente questionario in ogni sua parte.

Informazioni parziali o non coerenti con la realtà aziendale a cui si riferiscono possono comportare l'emissione di un'offerta errata ed una successiva rivalutazione.

Tutte le informazioni fornite saranno trattate con riservatezza nel rispetto del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR – General Data Protection Regulation – Regolamento UE 2016/679).

Il Questionario, una volta compilato e timbrato, dovrà essere inviato al seguente indirizzo e-mail: joinacademy@gmail.com

COMPILARE IL QUESTIONARIO AL COMPUTER (dopo averlo scaricato)

DATI DELL'AZIENDA – Sede legale

Ragione sociale			
Indirizzo completo (Città-Via-N° civ.)			
P.IVA		Cod. destinatario	
Indirizzo e-mail		Indirizzo PEC	
Telefono fisso		Telefono mobile	
Sito internet			
Sede da certificare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

DATI AMMINISTRATORE/TITOLARE/RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome		Nome	
Codice fiscale			

SEDE OPERATIVA – Se differente dalla sede legale

Indirizzo completo (Città-Via-N° civ.)			
Sede da certificare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

CODICI ATECO DELL'AZIENDA

Codice 1		Codice 2	
Codice 3		Note	

TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA

<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015 <i>Sistema di gestione per la Qualità</i>	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2015 <i>Sistema di gestione ambientale</i>	<input type="checkbox"/> ISO 45001:2018 <i>Sistema Gestione sicurezza sul lavoro</i>
<input type="checkbox"/> ISO 22000:2018 <i>Sicurezza alimentare</i>	<input type="checkbox"/> ISO 27001:2017 <i>Sicurezza delle informazioni</i>	<input type="checkbox"/> ISO 20000:2018 <i>Gestione servizi informatici IT</i>
Richiesta di certificazione integrata		
<input type="checkbox"/> ISO 9001 + ISO 14001 <i>Qualità + Ambiente</i>	<input type="checkbox"/> ISO 9001 + ISO 45001 <i>Qualità + Sicurezza sul lavoro</i>	<input type="checkbox"/> ISO 14001 + ISO 45001 <i>Ambiente + Sicurezza sul lavoro</i>
<input type="checkbox"/> ISO 9001 + ISO 14001 + ISO 45001 <i>Qualità + Ambiente + Sicurezza</i>	Note:	

Tipo di audit: CERTIFICAZIONE INIZIALE (NUOVA) RINNOVO

PERSONALE AZIENDALE

N° totale di Dipendenti		N° addetti part time	
N° addetti stagionali		N° addetti in ufficio	
N° addetti in cantieri edili		Si lavora su turni	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lingua parlata in azienda		In media, quante ore al giorno lavora un addetto	
Osservazioni e commenti			

ATTIVITA' OGGETTO DI CERTIFICAZIONE

CAMPO DI APPLICAZIONE (Vostra proposta per lo scopo da indicare sul certificato, es. progettazione e produzione di particolari, ecc. ecc.)	
--	--

DESCRIZIONE DEI PRINCIPALI PROCESSI (es. progettazione, produzione, approvvigionamento, ecc. ecc.)	
L'azienda è responsabile della progettazione dei prodotti e/o servizi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CI SONO PROCESSI aziendali affidati all'esterno? (se affermativo, indicare quali e quanti)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

L'AZIENDA E' GIA' CERTIFICATA DA ALTRO ORGANISMO?

Se Si, indicare la/le norma/e e la scadenza:

NORMA E SCADENZA		NORMA E SCADENZA	
NORMA E SCADENZA		NORMA E SCADENZA	

SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO – D.LGS. 81.2008

ATTIVITA' A RISCHIO BASSO ATTIVITA' A RISCHIO MEDIO ATTIVITA' A RISCHIO ALTO

Accordo Stato Regioni 21.12.2011

Corsi effettuati – Scadenze

R.S.P.P. Datore di lavoro	Effettuato in data
RLS – Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza	Effettuato in data
Formazione lavoratori	Effettuato in data
Incaricato alla prevenzione incendi	Effettuato in data
Incaricato al primo soccorso aziendale	Effettuato in data
Redazione DVR – Documento di Valutazione dei Rischi	Data ultima revisione

Note

Eventuali corsi da effettuare in materia di sicurezza sul lavoro:

<input type="checkbox"/> R.S.P.P. Datore di lavoro	<input type="checkbox"/> RLS – Rappresentante Lavoratori per la Sicurezza
<input type="checkbox"/> Formazione lavoratori	<input type="checkbox"/> Incaricato alla prevenzione incendio
<input type="checkbox"/> Incarico al primo soccorso aziendale	<input type="checkbox"/> Redazione di DVR
<input type="checkbox"/> Altri corsi (SPECIFICARE)	

IL PRESENTE QUESTIONARIO NON HA VALORE DI CONTRATTO – SEGUIRA' IL PREVENTIVO

Allegare alla presente:

- Visura camerale CCIAA (non superiore a 6 mesi)
- Documento d'identità dell'amministratore/rappresentante legale
- Nel caso di certificazione scaduto, inviare una copia dello stesso

Luogo e data _____

Firma e timbro del Rappresentante Legale

NAPOLI – ROMA – MILANO

081.193.195.67 – 06.989.603.46 – 02.379.014.59 - joinacademy@gmail.com – www.joinacademy.it