



# MR 9.2/A RICHIESTA DI OFFERTA PER LA CERTIFICAZIONE

Rev. 10 del 2021.04.09

DA INVIARE VIA FAX AL N. 0810603388 O VIA EMAIL A [INFO@CENTROCERT.IT](mailto:INFO@CENTROCERT.IT) INSIEME A VISURA CAMERALE

RAGIONE SOCIALE				
CODICE FISCALE		P.IVA	CODICE SDI	
SEDE LEGALE		CITTÀ	PROV.	CAP
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL

**SE DIVERSI DA QUELLI SOPRA RIPORTATI, INDICARE DI SEGUITO I RIFERIMENTI DELLA SEDE OPERATIVA (\*)**

INDIRIZZO		CITTÀ	PROV.	CAP
PERSONA DA CONTATTARE	CELL.	TELEFONO	FAX	EMAIL

(\*) Nel caso di ulteriori sedi richiedere e compilare il modulo MR9.2/A1 "Questionario informativo organizzazione multisito"

## INFORMAZIONI PER LA CERTIFICAZIONE

<b>Norma di riferimento:</b>				
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001:2015 <input type="checkbox"/> UNI EN ISO 14001:2015 <input type="checkbox"/> UNI ISO 21001:2019 <input type="checkbox"/> UNI ISO 37001:2016 <input type="checkbox"/> .....				
<b>I SISTEMI DI GESTIONE DA CERTIFICARE SONO INTEGRATI?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI: <input type="checkbox"/> totalmente <input type="checkbox"/> parzialmente Integrati				
<b>DOCUMENTI INTEGRATI</b>				
Revisione della gestione integrata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Documentazione MS integrata, incluse procedure e istruzioni di lavoro (ove applicabile)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Audit interno integrato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Meccanismi di miglioramento integrati (azioni correttive e preventive, controllo, miglioramento continuo)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Politica e obiettivi integrati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pianificazione integrata e gestione del rischio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Processi integrati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Funzioni e responsabilità unificate	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>ATTIVITA' / PROCESSI PER CUI SI RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE:</b>

<b>PERIODO PROPOSTO PER LA VERIFICA IN AZIENDA:</b>	<b>L'ORGANIZZAZIONE FA PARTE DI UN GRUPPO:</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (INDICARE IL GRUPPO):
	<b>L'ORGANIZZAZIONE E':</b> <input type="checkbox"/> IMPRESA GENERALE/ SPECIALIZZATA <input type="checkbox"/> CONSORZIO

<b>INDICARE SE LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE E' GIA' CERTIFICATA ISO 9001 DA UN ALTRO ORGANISMO - (TRANSFER)</b>
<input type="checkbox"/> NO (PASSA ALLA DOMANDA SUCCESSIVA)
<input type="checkbox"/> SI NON HO INTENZIONE DI PROCEDERE CON IL TRANSFER DELLA CERTIFICAZIONE (PASSA ALLA DOMANDA SUCCESSIVA)
<input type="checkbox"/> SI HO INTENZIONE DI PROCEDERE CON IL TRANSFER DELLA CERTIFICAZIONE; IN TAL CASO PER ACCEDERE AL SUBENTRO OCCORRE PRESENTARE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE: <ul style="list-style-type: none"> <li>- LE MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI TRASFER</li> <li>- DICHIARAZIONE CHE NON VI SIANO PROCEDIMENTI GIUDIZIARI IN CORSO O CONDANNE PASSATE IN GIUDICATO PER RESPONSABILITÀ DA PRODOTTO DIFETTOSO</li> <li>- DICHIARAZIONE CHE LA VALIDITÀ DEL CERTIFICATO DEL PRECEDENTE ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE EMITTENTE NON SIA SUBORDINATO ALLO SVOLGIMENTO DI VERIFICHE STRAORDINARIE</li> <li>- COPIA DEL CERTIFICATO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SUBENTRO</li> <li>- ULTIMO RAPPORTO DI CERTIFICAZIONE O RINNOVO, SUCCESSIVI RAPPORTI DI SORVEGLIANZA E RELATIVI RILIEVI E NON CONFORMITÀ</li> <li>- NON CONFORMITÀ SEGNALATE DALL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE EMITTENTE NON ANCORA CHIUSE</li> <li>- EVENTUALI RECLAMI E RELATIVE AZIONI CORRETTIVE INTRAPRESE</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>LA MANCANZA ANCHE DI UNO SOLO DEI DOCUMENTI DI CUI SOPRA COMPORTA LA NON APPLICAZIONE DEL PROCEDIMENTO DI SUBENTRO. PERTANTO LA PRESENTE RICHIESTA AVRÀ EFFETTO DI UNA RICHIESTA DI PRIMA CERTIFICAZIONE.</b></p> <p><b>CCQ PROVVEDERÀ AD INFORMARE IL CAB CEDENTE DELL' AVVENUTO TRASFERIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE ED A RICHIEDERE FORMALMENTE ALL' CAB CEDENTE LA CONFERMA DELLA LA VALIDITA' DEL CERTIFICATO PER CUI SI E' RICHIEDESTO IL TRASFERIMENTO.</b></p>

**CENTRO CERTIFICAZIONE QUALITÀ S.r.l.**

Sede Legale ed Operativa:- Via Caudio, 77 – 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)

Tel.: 081-8444237, Fax: 081-0603388

email [info@centrocert.it](mailto:info@centrocert.it) – sito web [www.centrocert.it](http://www.centrocert.it)



# MR 9.2/A

## RICHIESTA DI OFFERTA PER LA CERTIFICAZIONE

Rev. 10 del 2021.04.09

DA INVIARE VIA FAX AL N. 0810603388 O VIA EMAIL A [INFO@CENTROCERT.IT](mailto:INFO@CENTROCERT.IT) INSIEME A VISURA CAMERALE

### INDICARE IL NUMERO TOTALE DEGLI OCCUPATI NELLE ATTIVITA' DA CERTIFICARE

ADDETTI TOTALI N°..... DI CUI →	INTERNI		ESTERNI (OUTSOURCING – SUBAPPALTO – ETC.)	
	A TEMPO PIENO	A TEMPO PARZIALE (I)	A TEMPO PIENO	A TEMPO PARZIALE (I)
SEDE PRINCIPALE				
ALTRE SEDI				
CANTIERI/SITI TEMPORANEI ESTERNI <small>(ESCLUSI ADDETTI INDICATI AI PUNTI PRECEDENTI)</small>				
<small>(I) GLI ADDETTI A TEMPO PARZIALE INCLUDONO I COLLABORATORI PART-TIME, STAGIONALI ED INTERINALI. NELLA COLONNA A TEMPO PARZIALE SI INTENDE ANCHE GLI ADDETTI OPERANTI SU PIÙ TURNI CONTEGGIATO A 1/2 O A 1/3 GIORNI/UOMO IN FUNZIONE SE OPERANTE SU 2 O 3 TURNI.</small>				
N.RO DI TURNI E/O EVENTUALI STAGIONALITÀ				
EVENTUALI PROCESSI/ATTIVITA' AFFIDATI ALL'ESTERNO				N.RO ADDETTI:
VOLUME D'AFFARI MEDIO-ANNUO DELL'ULTIMO TRIENNIO	€			
VOLUME D'AFFARI MEDIO-ANNUO DELL'ULTIMO TRIENNIO RELATIVO ALLE SOLE ATTIVITÀ DA CERTIFICARE	€			
SI RICHIEDE LA VERIFICA PRELIMINARE (PREAUDIT)	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
INDICARE EVENTUALI ESCLUSIONI DEI REQUISITI NORMATIVI				

REQUISITI LEGALI O DI ALTRO TIPO APPLICABILI:	
---	--

INDICARE IL NOMINATIVO DELLA RISORSA DELL'ORGANIZZAZIONE CHE AVRÀ FUNZIONE DI GUIDA NEI CONFRONTI DI CCQ CON IL COMPITO DI: <ul style="list-style-type: none"> <li>STABILIRE I CONTATTI E I TEMPI PER LE INTERVISTE;</li> <li>ORGANIZZARE LE VISITE DI PARTI SPECIFICHE DEL SITO O DELL'ORGANIZZAZIONE;</li> <li>GARANTIRE IL RISPETTO DELLE REGOLE DI SICUREZZA;</li> <li>ASSISTERE ALL'AUDIT PER CONTO DEL CLIENTE;</li> <li>FORNIRE CHIARIMENTI O INFORMAZIONI SU RICHIESTA DELL'AUDITOR.</li> </ul>	
---	--

PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PROPRIO SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE L'ORGANIZZAZIONE SI È AVVALSA DELLA CONSULENZA DI : (SOCIETÀ DI CONSULENZA O SINGOLO CONSULENTE):.....  VIA _____ CAP _____ CITTÀ _____ TEL./CELL _____ <b>N.B.: LA PRESENTE INFORMAZIONE È RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE AI FINI DEL RISPETTO DELL'IMPARZIALITÀ DI CCQ E DEI SUOI VALUTATORI</b>
--

**L'ORGANIZZAZIONE SI IMPEGNA A:**

- RISPETTARE LE DISPOSIZIONI CONTENUTE NEL REGOLAMENTO PER LA CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE DI CCQ DISPONIBILE SUL SITO WEB: WWW.CENTROCERT.IT**
- DARE LA NECESSARIA ASSISTENZA AI VALUTATORI DI CCQ DURANTE LE VISITE DI VALUTAZIONE E VERIFICA**
- CORRISPONDERE A CCQ I DIRITTI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE E RIMBORSARNE LE SPESE SOSTENUTE A TALE SCOPO, ANCHE NEL CASO IN CUI LA PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE NON SI CONCLUDA CON IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ.**

LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA CONTROFIRMATA IMPLICA L'ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI GESTIONE DEI DATI FORNITI CHE SARANNO UTILIZZATI PER LA VALUTAZIONE DEI COSTI DI CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ E SARANNO INSERITI NELLA BANCA DATI DI CCQ.

CCQ GARANTISCE LA MASSIMA RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI FORNITE CHE SARANNO TRATTATE IN ACCORDO AL D. LGS 196 /2003 (SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI). SONO FATTI SALVI I VS. DIRITTI IN ACCORDO ALL'ART. 7 DEL D. LGS 196 /2003. IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI È L'AMMINISTRATORE DI CCQ.

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL RICHIEDENTE
------	--------------------------------

**CENTRO CERTIFICAZIONE QUALITÀ S.r.l.**

Sede Legale ed Operativa:– Via Caudio, 77 – 80013 Casalnuovo di Napoli (NA)

Tel.: 081-8444237, Fax: 081-0603388

email [info@centrocert.it](mailto:info@centrocert.it) – sito web [www.centrocert.it](http://www.centrocert.it)

