



18	28/05/2024	Modifica § 13.4 1 Audit da remoto	<i>Antonio Spadaro</i>	<i>Luca Quattrocchi</i>
17	12/04/2024	Modifica § 9.2.2 – addetti equivalenti . Uni PdR 125:22		
16	01/03/2024	Implementazione schema UNI/PdR 125:2022		
15	01/09/2023	Eliminazione RT 05 – Variazione Sede		
14	21.04.2023	Par.22 Il Mutuo Riconoscimento (MLA)		
13	16.05.2022	Modifiche fattori di incremento e decremento; Audit da remoto		
12	09.04.2021	UNI ISO 37001:2016		
11	08.11.2019	UNI ISO 21001		
10	11.01.2019	Regolamento (UE) 2016/679		
9	31.05.2018	Revisione dei par.19.2-19.3		
8	24.04.2018	Revisione dei par. 9.2.2 – 11.1 - 13.3		
7	06.06.2017	Adeguamento a ISO 17021:2015		
6	2016.09.30	Inserimento Appendice 02 – Certificazione SGA Adeguamento a IAF MD5:2015 e ISO17021:2015 Aggiornamento APP01 per market surveillance		
5	2013.09.20	Adeguamento a IAF MD5:2013 e RT05 ACCREDIA		
4	2012.10.22	Adeguamento a ISO17021:2011 e RT05 ACCREDIA		
3	2010.06.18	Modifiche per recepimento commenti ACCREDIA Inserimento Appendice 01 – Certificazione SGQ settore EA 28		
2	2010.02.10	Sostituzione SINCERT con ACCREDIA		
1	2009.05.11	Adeguamento a MD5 IAF		
0	2008.02.18	Emissione	Resp. Qualità	Amministratore
Rev.	Data	Descrizione	Redazione	Approvazione

Indice:

- 1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**
- 2 RIFERIMENTI**
- 3 TERMINI E DEFINIZIONI**
- 4 ORDINE DI INTERPRETAZIONE IN CASI DUBBI**
- 5 CONDIZIONI GENERALI**
- 6 CONDIZIONI ECONOMICHE**
- 7 RISERVATEZZA**
- 8 DIRITTI E DOVERI**
- 9 ITER DI CERTIFICAZIONE**
- 10 RILASCIO DEL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ**
- 11 AUDIT DI SORVEGLIANZA E SUPPLEMENTARI**
- 12 RINNOVO DELLE CERTIFICAZIONI**
- 13 AUDIT SPECIALI**
- 14 USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO**
- 15 SOSPENSIONE, REVOCA O RIDUZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE**
- 16 RINUNCIA**
- 17 MODIFICHE DEI REQUISITI DI CERTIFICAZIONE**
- 18 RICORSI, RECLAMI E CONTENZIOSI**
- 19 TRASFERIMENTO DELLE CERTIFICAZIONI**
- 20 CESSIONE DI RAMO D’AZIENDA, CONFERIMENTO D’AZIENDA E VARIAZIONI DI SCARSA RILEVANZA**
- 21 MANCATO COMPLETAMENTO E/O INTERRUZIONE ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE**
- 22 INFORMAZIONE AL CLIENTE: IL MUTUO RICONOSCIMENTO (MLA: MULTILATERAL AGREEMENT)**

ALLEGATO A: CODICE PRIVACY

APPENDICE 1: CERTIFICAZIONE SGQ SETTORE IAF 28 (AREE TECNICHE EDILIZIA E IMPIANTISTICA)

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Con il presente Regolamento si definiscono le condizioni che un richiedente/licenziatario la certificazione (di seguito identificato dal termine Organizzazione) deve soddisfare per ottenere/mantenere la certificazione rilasciata da Centro Certificazione Qualità srl (di seguito identificato come C.C.Q.) precisandone gli adempimenti. Lo scopo è quello di garantire che:

- ✓ l'accesso alla certificazione sia aperto a tutti coloro che ne facciano richiesta in osservanza al presente Regolamento, senza che siano applicate politiche o procedure discriminatorie per impedire o limitare l'accesso alla certificazione. In particolare, al fine di evitare discriminazioni di carattere finanziario ed economico o relative alle dimensioni dell'Organizzazione o all'appartenenza a particolari associazioni, il C.C.Q. utilizza un "Tariffario" in cui sono descritte le condizioni economiche applicate.
- ✓ Il Tariffario è sottoposto alla verifica del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità a garanzia di politiche e strategie non discriminatorie ed imparziali;
- ✓ i criteri con cui sono valutati i sistemi di gestione delle Organizzazioni siano chiaramente definiti. Nei casi in cui per particolari caratteristiche del settore o del prodotto/servizio fornito dall'Organizzazione siano necessari chiarimenti circa l'applicazione delle norme, questi sono formulati da un Comitato di Delibera composto da esperti e ratificato dal Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità, che successivamente metterà a disposizione una linea guida.

Il C.C.Q. non fornisce alle Organizzazioni assistenza per l'attuazione e la manutenzione di sistemi di gestione, quindi, non offre o fornisce prestazioni di consulenza di alcun genere, compresi i servizi di auditing interni, né dispone di strutture collegate che svolgano tale attività. A tal proposito il C.C.Q. dichiara espressamente di disconoscere l'attività di soggetti che pubblicizzino i propri servizi come tali da facilitare il conseguimento delle sue certificazioni o come correlati all'attività certificativa e si impegna a perseguire nei modi che riterrà più opportuni comportamenti di tal genere posti in essere da persone fisiche e/o giuridiche di cui venga in qualsiasi modo a conoscenza, inoltre, non pubblicizza servizi e/o prodotti di alcuna società. Infine, il C.C.Q. non ha collegamenti con alcuna società di consulenza; l'utilizzo di auditor esterni appartenenti o titolari di società di consulenza non risulta essere una minaccia per l'imparzialità, in quanto gli auditor esterni, a prescindere dalla loro appartenenza, come del resto tutto il personale interno/esterno (Comitati compresi) firmano un preciso impegno alla riservatezza, assenza di conflitti di interesse ed assenza di rapporti con l'Organizzazione da verificare, antecedenti e successivi ai due anni.

Con la certificazione dei sistemi di gestione per la qualità il C.C.Q. intende dare un contributo al miglioramento della qualità nella fabbricazione di prodotti/erogazione di servizi, ed è con questo obiettivo che le Organizzazioni certificate devono operare.

Per assicurare la massima trasparenza, nei casi in cui il C.C.Q. fornisca, su richiesta scritta dei richiedenti/licenziatari/terzi chiarimenti e spiegazioni, tali chiarimenti sono trasmessi anche al ACCREDIA ed archiviati appositi dossier dell'Organizzazione o di terzi. Ai fini dell'imparzialità, se tali chiarimenti/spiegazioni sono ritenuti utili dal C.C.Q., anche per altre Organizzazioni richiedenti o licenziate, sono inseriti in apposita Linea Guida e pubblicati sul sito web.

Sull'applicazione del presente Regolamento sorveglia il Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità. Esso è composto da membri designati da enti rappresentativi delle parti interessate alla certificazione in modo da assicurare l'imparzialità del giudizio senza il predominio di singoli interessi.

Il C.C.Q. è una Società a Responsabilità Limitata, iscritta alla CCIAA di Caserta, n° CE-324971, quindi può assumere responsabilità legali per tutte le sue attività e trae le proprie fonti di finanziamento, dallo svolgimento delle attività previste dall'art. 4 dello Statuto che in particolare, sono:

- ✓ certificazione di sistemi di gestione,
- ✓ attività di formazione, tramite corsi erogati in maniera tale da non configurare consulenza.

Tali fonti di reddito garantiscono il funzionamento del C.C.Q.. Esse sono riportate annualmente sul bilancio della società che è sottoposto ad esame del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità. Inoltre, al fine di assicurare l'adeguatezza delle risorse per il funzionamento dello schema di certificazione, l'Amministratore predispone un piano quadriennale che evidenzia:

- ✓ trend fatturato certificazione;

- ✓ potenzialità di sviluppo attività di certificazione;
- ✓ risorse umane potenzialmente coinvolte;
- ✓ risorse potenzialmente necessarie (infrastrutturali e finanziarie);
- ✓ valutazione economica.

Tale piano di sviluppo è sottoposto al Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità che ne verifica la compatibilità e l’accettabilità rispetto ai requisiti di imparzialità ed indipendenza.

Infine, con l’obiettivo di garantire una maggiore tutela dei richiedenti/licenziatari il C.C.Q. ha stipulato un’assicurazione per la responsabilità civile conseguente all’attività di valutazione e certificazione svolta sia da personale dipendente che collaboratore a vario titolo.

Ai fini di una corretta informativa al mercato, il C.C.Q. rende pubblicamente accessibili, sul sito web riportato a piè pagina i documenti indicati con * e, fornisce su richiesta i seguenti documenti:

- *presente Regolamento;
- *dichiarazione di imparzialità;
- *Politica della qualità
- *REG 02, “Regolamento per il Comitato di Delibera”
- *REG 03 “Regolamento Comitato Salvaguardia dell’Imparzialità”,
- PG 10.B “Elenco Norme, Regolamenti e Leggi”;
- * PG9.A “Gestione dei Reclami, Ricorsi e Contenziosi”;
- * Richiesta d’Offerta;
- * Criteri per la Formulazione delle Tariffe;Tariffario;
- Elenco Organizzazioni Certificate/Sospese/Revocate;
- * APP 01 – CERTIFICAZIONE SGQ SETTORE IAF 28” (AREA TECNICA EDILIZIA E IMPIANTISTICA)

nonché:

- informazioni relative alle attività di certificazione;
- schemi di certificazione;
- sedi per area geografica in cui opera.

Le informazioni di cui sopra sono gestite in modo controllato e verificate dal punto di vista dell’accuratezza e del fatto che non traggano in inganno. Si rimanda al Documento APPENDICE 01 per gli aspetti particolari per le Certificazioni SGQ nel settore delle Costruzioni.

2 RIFERIMENTI

La norma principale di riferimento per le attività sociali è la UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1:2015, “Valutazione della conformità. Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione”.

Altri documenti di riferimento applicabili sono riportati nella procedura PG 10.B, “Elenco Norme, Regolamenti e Leggi”, succitata, insieme con i Regolamenti del ACCREDIA e la documentazione cogente.

3 TERMINI E DEFINIZIONI

3.1 Generalità

Per la terminologia riguardante la certificazione di Sistema di Gestione per la Qualità valgono in generale le definizioni riportate nelle norme di cui al documento PG 10.B “Elenco Norme, Regolamenti e Leggi”, nell’ultima revisione applicabile.

3.2 Ulteriori Termini e Definizioni

Inoltre, valgono le seguenti definizioni appresso riportate.

3.2.1 Organismo di Certificazione

Organismo che effettua la certificazione di conformità (C.C.Q.).

3.2.2 Rilievi

Per le prescrizioni contenute nel presente Regolamento, con la dizione generale “rilievi”, si intendono i riscontri ottenuti dal C.C.Q. nel corso degli audit condotti sull’Organizzazione e formalizzati nei relativi rapporti di audit. Ai fini del presente Regolamento, i rilievi sono suddivisi in:

- non conformità;
- osservazioni;
- commenti.

✓ **Non conformità**

Mancato soddisfacimento, da parte dell’Organizzazione, di un requisito stabilito dai riferimenti normativi applicabili (di cui all’elenco riportato nel documento PG 10/B “Elenco Norme, Regolamenti e Leggi” succitato, al presente Regolamento e ad ogni altra pertinente disposizione del C.C.Q.

La condizione di non soddisfacimento di un requisito può essere dovuta a:

- mancata o insufficiente presa in considerazione del requisito medesimo e/o mancata o insufficiente definizione dei criteri e modalità adottati per il soddisfacimento del requisito stesso;
- mancata o insufficiente attuazione pratica di suddetti criteri e modalità, inizialmente (applicazione del requisito) e nel tempo (mantenimento del requisito);
- ad entrambe le cause di cui ai precedenti sottopunti.

Ai fini delle prescrizioni contenute nel presente Regolamento, un rilievo viene classificato come non conformità quando il mancato soddisfacimento del corrispondente requisito, nelle forme sopra specificate, è tale da compromettere il valore della certificazione da rilasciare o rilasciata dal C.C.Q. in termini di efficace e credibile assicurazione della conformità dell’oggetto della certificazione medesima.

Il grado di compromissione (livello di rischio), comunque significativo ove trattasi di non conformità, può essere più o meno elevato. Il comportamento adottato dal C.C.Q., nei confronti dell’Organizzazione, in presenza di non conformità formalizzate a carico della medesima, può pertanto variare come specificato nel seguito del presente Regolamento.

✓ **Osservazione**

Ai fini delle prescrizioni di cui al presente Regolamento, il rilievo formalizzato dal C.C.Q. nei confronti dell’Organizzazione viene classificato come osservazione quando il mancato soddisfacimento del requisito, pur essendo indicativo di un comportamento inadeguato da parte dell’Organizzazione e, come tale, necessitante di correzione, non è tale da compromettere immediatamente il valore del certificato da rilasciare o rilasciato nei termini sopra evidenziati.

✓ **Commento**

Ai fini delle prescrizioni di cui al presente Regolamento, il rilievo sollevato dal C.C.Q. nei confronti dell’Organizzazione viene classificato come commento quando non è conseguente al riscontro di una situazione oggettiva di mancato soddisfacimento di un requisito, ma è finalizzato a prevenire che tale situazione si verifichi (in quanto potenzialmente realizzabile) e/o a fornire indicazioni per il miglioramento delle prestazioni dell’Organizzazione.

3.2.3 Gestione dei rilievi da parte delle Organizzazioni

Attività che devono essere condotte dalle Organizzazioni a fronte dei rilievi formalizzati dal C.C.Q..

Tutte le non conformità e osservazioni formalizzate dal C.C.Q., in base ai criteri sopra enunciati, devono formare oggetto delle necessarie correzioni ed azioni correttive da parte dell’Organizzazione, nei termini applicabili alle diverse fattispecie e approvati dal C.C.Q..

Non è richiesto un immediato, formale, riscontro ai rilevati formulati in veste di commenti. Tuttavia, tali commenti devono essere presi in carico dall’Organizzazione ed il loro recepimento sarà verificato nella prima sorveglianza utile. Se l’Organizzazione non prenderà in carico i commenti questi saranno trasformati in osservazioni.

Come ulteriormente puntualizzato nel seguito del presente Regolamento, si precisa fin d’ora che, in presenza di non conformità, la certificazione o l’estensione non sono concessi fino alla conferma dell’avvenuta applicazione delle necessarie correzioni e/o azioni correttive, chiusura delle stesse e relativa verifica di efficacia da parte del C.C.Q..

Ove le non conformità vengano evidenziate nell’ambito dell’attività di sorveglianza, si applicano le modalità specificate nei pertinenti paragrafi del presente Regolamento.

3.2.4 Settore di certificazione

Insieme di regole, procedure e attività svolte dai C.C.Q. per l’attestazione di conformità e specificatamente riferite per le certificazioni di sistemi di gestione a: specifici settori di attività economica e sociale (settori EA derivati dai codici NACE e relativi sotto-settori, ove esistenti).

Nota: relativamente agli audit, vale la definizione di cui alle norme di riferimento applicabili con la seguente precisazione: ogni audit è basato sul campionamento di un sistema di gestione di un’Organizzazione e, quindi, non costituisce una garanzia del 100% di conformità ai requisiti.

3.2.5 Area Tecnica

Area caratterizzata da aspetti comuni di processi relativi ad un tipo specifico di sistema di gestione.

4 ORDINE DI INTERPRETAZIONE IN CASI DUBBI

In caso di difforme interpretazione valgono nell’ordine:

- regolamenti/leggi cogenti,
- norme EN (applicate secondo EA/IAF) e/o ISO/IEC (applicate secondo EA/IAF),
- guide ISO/IEC, norme nazionali.

5 CONDIZIONI GENERALI

L’Organizzazione, per attivare l’iter di certificazione, deve:

- accettare il presente Regolamento;
- disporre ed applicare da almeno tre mesi un sistema di gestione per la qualità documentato, conforme ai requisiti della norma ed a quelli cogenti applicabili; aver effettuato almeno un riesame della direzione ed un audit interno completo su tutti i processi e/o attività;
- non avere procedimenti giudiziari in corso o condanne passate in giudicato per responsabilità da prodotto difettoso.

La certificazione ed il suo mantenimento sono subordinati al regolare pagamento degli importi definiti nell’Offerta o nel Tariffario.

Con l’accettazione del presente Regolamento, l’Organizzazione conviene che:

- non può essere attribuita al C.C.Q. nessuna responsabilità, nel caso di danni a terzi, arrecati dalla propria attività o

- dai propri prodotti/servizi e/o nel caso di violazioni di obblighi di legge;
- che le attività svolte dal C.C.Q. in merito alla certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità non sono in alcun modo alternative a quelle intraprese dalle autorità pubbliche;
 - non potrà essere addotta verso il C.C.Q. nessuna responsabilità in caso di mancata o incompleta comunicazione di dati e informazioni, come pure nel caso che gli stessi non corrispondano alla reale situazione aziendale.

6 CONDIZIONI ECONOMICHE

6.1 Tariffe

Gli importi per la certificazione sono definiti nell’offerta predisposta dal C.C.Q. applicando il Tariffario ai dati ed alle informazioni comunicati dall’Organizzazione. Essi sono validi per i primi 3 anni di certificazione.

L’offerta può essere modificata se i dati forniti in fase di offerta si rivelino errati o difformi, tali variazioni/difformità possono essere:

- comunicate dall’Organizzazione a seguito di modifiche interne intervenute dopo le richieste di offerta;
- rilevate a seguito dell’eventuale analisi documentale;
- rilevate a seguito di audit,

oppure quando varia il Tariffario.

Il C.C.Q. notifica le variazioni ai richiedenti/licenziatari, per fax o posta elettronica, riconoscendo il diritto, entro 30 giorni solari dalla notifica, di risolvere il contratto rinunciando alla certificazione.

Trascorso il suddetto termine le modifiche sono da intendersi automaticamente accettate.

Per le eventuali attività svolte prima della scadenza del termine, all’Organizzazione che si avvalga del diritto di rinuncia, sono praticate le tariffe antecedenti alle variazioni.

Con anticipo di 6 mesi rispetto alla scadenza del certificato il C.C.Q. comunica all’Organizzazione le condizioni economiche del rinnovo e del mantenimento della certificazione per ulteriori 3 anni.

Nel caso in cui l’Organizzazione non accetti le nuove condizioni economiche, nei tempi consentiti, la certificazione verrà a decadere a scadenza.

6.2 Condizioni di pagamento

I pagamenti relativi a certificazione/mantenimento devono essere versati nei tempi e con le modalità indicate nell’Offerta e nelle successive comunicazioni amministrative. Il mancato versamento delle somme richieste comporta, la non effettuazione da parte del C.C.Q. dell’attività e, quando applicabile, l’emissione di una lettera di diffida, contenente il termine per l’effettuazione del pagamento, decorso il quale si procederà automaticamente alla revoca della certificazione come previsto dal presente Regolamento. L’annullamento e/o la richiesta di rinvio dell’audit comunicata al C.C.Q. con un preavviso inferiore ai 4 giorni lavorativi, comporta l’addebito del 30% dell’importo globale dell’audit stesso.

7 RISERVATEZZA

Il C.C.Q. garantisce la riservatezza di tutti gli atti, dati e informazioni riguardanti le Organizzazioni, che, in ambito C.C.Q., a partire dalla domanda di certificazione, come del resto i rapporti con le Organizzazioni, sono considerati riservati e gestiti nel rispetto della legge applicabile. Il Titolare del trattamento dei dati è il C.C.Q..

Tutte le persone, interne ed esterne (comitati, auditor, fornitori di servizi informatici, ecc.) coinvolte nel processo di certificazione o che per altri motivi hanno accesso agli uffici del C.C.Q., sottoscrivono un preciso impegno di riservatezza ed assenza di conflitto di interessi, che nei casi applicabili è riportato anche nel contratto (auditor, fornitori di servizi, ecc.).

Il C.C.Q. informa il richiedente/licenziatario, in anticipo, circa le informazioni che intende rendere pubbliche (vedere § Appendice A ed altri paragrafi del presente Regolamento). Tutte le altre informazioni, tranne quelle rese pubbliche dall’Organizzazione, saranno considerate confidenziali.

Tranne per quanto richiesto dalla norma o da particolari situazioni (informazione alle Società Organismo di

Attestazione, alle quali, su loro richiesta è fornita dal C.C.Q. copia dichiarata conforme del certificato), non saranno divulgate, a una terza parte, informazioni su un particolare richiedente/licenziatario o persona senza il consenso scritto della stessa Organizzazione o persona. Nei casi in cui la legislazione richieda al C.C.Q. di divulgare informazioni riservate a una terza parte, l’Organizzazione o la persona interessata saranno informate in anticipo circa le informazioni fornite, salvo contraria disposizione di legge.

Le informazioni riguardanti il richiedente/licenziatario provenienti da fonti diverse da quelle dello stesso (per esempio da chi presenta un reclamo, da autorità in ambito legislativo), sono trattate come informazioni riservate, in maniera conforme alla politica del C.C.Q..

Il personale, compresi i membri dei Comitati, i fornitori, il personale di organismi esterni o le persone che operano per conto del C.C.Q., come detto, sono tenute alla riservatezza di tutte le informazioni ottenute o derivanti dall’esecuzione delle attività del C.C.Q..

Il C.C.Q. dispone ed utilizza apparecchiature e dispositivi che garantiscano il trattamento in sicurezza delle informazioni riservate (accesso ad ogni personal computer con password, documenti e registrazioni proprie o di richiedenti e licenziatari in armadi sotto chiave).

Quando le informazioni riservate sono rese disponibili ad altri organismi (per esempio organismi di accreditamento, ecc.) il C.C.Q. informa il richiedente/licenziatario di tali azioni.

Inoltre, quanto sopra è valido fatto salvo che:

- la pubblicazione di dati sia prevista dalle regole di accreditamento o di certificazione (Elenco delle Organizzazioni Certificate comprensivo dell’indirizzo, e la descrizione dei campi di applicazione della certificazione rilasciata, e le date di rilascio e/o di scadenza della certificazione stessa);
- la comunicazione sia prevista ai sensi del presente Regolamento o sia ritenuta necessaria da ACCREDIA per l’efficace esercizio delle proprie funzioni. In tal caso, essa deve rimanere circoscritta ai destinatari della medesima;
- sia diversamente stabilito per legge o disposto dall’Autorità Giudiziaria;
- la divulgazione avvenga su consenso esplicito ed unanime di tutte le parti interessate.

L’accettazione del presente Regolamento autorizza il C.C.Q. al trattamento ed alla comunicazione e alla diffusione delle informazioni/dati coerentemente a quanto espresso nel presente paragrafo e nel rispetto delle leggi cogenti.

8 DOVERI E DIRITTI

8.1 Doveri dell’Organizzazione

8.1.1 Doveri Generali

Premesso che, la certificazione del C.C.Q. non implica diminuzioni di responsabilità dell’Organizzazione rispetto agli obblighi contrattuali con i propri Clienti o rispetto alle leggi applicabili al prodotto/servizio offerto, l’Organizzazione richiedente/licenziataria la certificazione deve:

1. accettare quanto indicato nel presente Regolamento;
2. rispettare le prescrizioni del presente Regolamento e in ogni sua successiva revisione trasmessa dal C.C.Q. Il presente Regolamento include anche le prescrizioni disposte da ACCREDIA di cui al Regolamento RG 01, consultabile sul sito www.accredia.it;
3. rispettare, ai fini dei requisiti di prodotto, le leggi ed i regolamenti cogenti;
4. predisporre informazioni documentate sul campo di applicazione che tenga in considerazione il contesto e le aspettative delle parti interessate oltre ai prodotti o servizi offerti, i requisiti esclusi con le relative motivazioni ed i processi affidati all’esterno (outsourcing);
5. consentire nei tre anni del contratto lo svolgimento degli audit nel momento più significativo per l’attività da certificare e/o certificata (es.: il periodo estivo per gli alberghi, le terme, raccolta di prodotti ortofrutticoli, in concomitanza con lo svolgimento di un corso per gli enti di formazione, durante l’anno scolastico per le scuole e servizi all’infanzia, ecc.);
6. operare conformemente ai requisiti della certificazione e nell’ambito del sistema di gestione descritto nella documentazione approvata dal C.C.Q.;
7. fornire e mantenere aggiornata tutta la documentazione richiesta dal C.C.Q.;
8. informare preventivamente per iscritto il C.C.Q. di trasferimenti di proprietà, variazioni di indirizzi, apertura di nuove sedi, cambi di denominazione sociale e comunque di ogni variazione dei dati indicati nella Richiesta di

Offerta che una volta compilata e sottoscritta dall'Organizzazione ha la valenza di Domanda di Certificazione;

9. comunicare preventivamente al C.C.Q. l'intenzione di modificare il sistema di gestione e quindi il Manuale. Eventuali modifiche al sistema di gestione possono essere di tipo puramente formale, quali ad esempio variazione dei numeri telefonici o fax, o di tipo sostanziale, quali ad esempio:
- modifiche organizzative, delle modalità operative, del sistema di gestione e dei processi;
 - estensione/riduzione del sistema di gestione per la qualità a nuovi prodotti o a nuove unità produttive;
 - modifica della normativa di riferimento;
 - aspetti legali, commerciali, cambio di sede legale e/o operativa, indirizzi di contatto e siti, denominazione sociale, tipologia societaria, cambi di proprietà;

In entrambi i casi l'Organizzazione intestataria del certificato è tenuta a comunicare formalmente al C.C.Q. le modifiche che intende apportare. Dopo valutazione il C.C.Q. autorizzerà le modifiche o fornirà indicazioni su come procedere. In base alle informazioni ricevute, valuterà se:

- i cambiamenti apportati non inficiano le condizioni di certificazione e pertanto si riserva di controllarne la conformità alle norme di riferimento in occasione della prima visita di sorveglianza periodica;
- i cambiamenti effettuati alterano le condizioni di certificazione e perciò richiedono l'effettuazione di un audit di valutazione o sorveglianza supplementare;
- i cambiamenti effettuati sono di portata tale da richiedere una nuova certificazione del sistema (per i dettagli vedere i successivi paragrafi).

Il Manuale e gli eventuali documenti coinvolti nelle modifiche devono essere forniti al C.C.Q. nel termine massimo di 30 giorni lavorativi dopo l'autorizzazione alle modifiche stesse da parte del C.C.Q.

10. emettere, senza preventiva autorizzazione scritta del C.C.Q., versioni modificate del Manuale che, come detto al § 17, implicino variazioni dei requisiti esclusi o dei processi affidati all'esterno;
11. comunicare la normativa volontaria e cogente applicabile;
12. rendere e mantenere conformi i prodotti/servizi a tutti i requisiti di legge e di natura cogente applicabili al settore;
13. comunicare tempestivamente al C.C.Q. tutte le situazioni difformi rilevate da qualsiasi Autorità di controllo nonché eventuali sospensioni o revoche di autorizzazioni, concessioni, ecc. relative all'oggetto della certificazione;
14. comunicare immediatamente e mantenere aggiornato il C.C.Q., pena la revoca della certificazione, circa eventuali procedimenti giudiziari e/o amministrativi in corso riguardanti l'oggetto della certificazione, fatti salvi i limiti imposti dalla legge. A tale proposito, come meglio precisato in seguito, il C.C.Q. comunicherà tale informazione al Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità ed al ACCREDIA;
15. fornire il nominativo dei consulenti che hanno progettato, realizzato e mantenuto il sistema di gestione;
16. fornire, prima del rinnovo della certificazione, i dati aggiornati richiesti dal C.C.Q. ; infatti, con l'invio dell'Offerta da parte del C.C.Q., sei mesi prima della scadenza, si riavvia un nuovo iter di certificazione identico a quello iniziale, nel quale l'Organizzazione deve inviare una nuova Richiesta d'Offerta (domanda di certificazione), con i contenuti di cui al § 9.2.1;
17. per il settore IAF28, rendersi disponibile allo svolgimento della verifica di Market Surveillance secondo le modalità indicate nella Circolare ACCREDIA N° 1/2016 del 05/01/2016 e nel Documento IAF ID04:12. L'attività è condotta direttamente da personale Accredia presso l'organizzazione
18. garantire la completezza e veridicità dei documenti e delle informazioni messe a disposizione degli auditor del C.C.Q. e di ACCREDIA;
19. accettare, a suo carico, gli eventuali audit di sorveglianza supplementari che si rendessero necessari;
20. soddisfare i requisiti riguardanti la registrazione dei reclami e la riservatezza;
21. consentire audit con breve preavviso, nei casi previsti al § 13.2 del presente Regolamento.

8.1.2 Doveri relativi all'Uso della Certificazione e dei Loghi del C.C.Q. e di ACCREDIA

L'Organizzazione richiedente/licenziataria la certificazione deve:

1. utilizzare il logo ed il certificato con le modalità prescritte nel presente Regolamento (vedere § 14);
2. pubblicizzare e/o usare la certificazione esclusivamente rispetto alle attività e sedi riportate sul certificato vigente;
3. conformarsi ai requisiti del C.C.Q. nel fare riferimento allo stato della propria certificazione nei mezzi di comunicazione quali internet, materiale pubblicitario o altri documenti;
4. non fare, né consentire, affermazioni che possano trarre in inganno riguardo la propria certificazione;
5. non utilizzare, né consentire l'utilizzo, di un documento di certificazione o di ogni sua parte, del logo, in modo da poter trarre in inganno;

6. interrompere l'utilizzo della certificazione e di tutti i materiali pubblicitari che fanno riferimento alla stessa, nel caso di scadenza o di sospensione o di revoca della certificazione stessa, cessando nel contempo, di utilizzare il logo C.C.Q./ACCREDIA ed ogni altro riferimento alla certificazione;
7. rettificare tutti i materiali pubblicitari come richiesto dal C.C.Q. qualora il campo di applicazione della certificazione sia stato ridotto;
8. non utilizzare la certificazione e non consentire che i riferimenti alla certificazione del suo sistema di gestione siano utilizzati in modo tale da far intendere che il C.C.Q. e/o il ACCREDIA certifichino un prodotto, un servizio o un processo ma utilizzare la certificazione solamente per indicare che il sistema di gestione è conforme alle norme specifiche;
9. non lasciare intendere che la certificazione si applichi ad attività che sono fuori dal campo di applicazione della certificazione;
10. non utilizzare la certificazione in modo da danneggiare la reputazione del C.C.Q. e/o del sistema di certificazione e compromettere la fiducia del pubblico attraverso dichiarazioni/azioni che possano essere considerate ingannevoli o comunque non autorizzate.

8.1.3 Doveri Relativi all’Audit

L'Organizzazione richiedente/licenziataria la certificazione deve:

1. richiedere, prima dell’audit, l’autorizzazione alla presenza di consulenti in veste di osservatori e, durante l’audit, garantire il rispetto del ruolo di osservatori pena la sospensione dell’audit stesso;
2. fornire il supporto necessario per la conduzione dell’audit, inclusa la messa a disposizione di tutta la documentazione inerente al sistema di gestione e le pertinenti registrazioni (es. audit interni, reclami, non conformità comprese le correzioni e le eventuali azioni correttive/preventive adottate, nonché le eventuali comunicazioni ed azioni ricevute da enti/Organizzazioni esterne);
3. garantire (salvo quanto riportato al successivo punto “ricusazione”) l’accesso agli auditor di ACCREDIA, previa trasmissione da parte del C.C.Q. dei loro nominativi e della lettera di presentazione. Si, sottolinea che l’eventuale rifiuto della presenza degli ispettori ACCREDIA, comporta la mancata concessione di certificazione accreditata o la sospensione o la revoca della certificazione se già concessa;
4. garantire l’accesso degli auditor del C.C.Q. in condizioni di sicurezza a tutte le aree aziendali dove vengono svolti processi rilevanti per l’oggetto della certificazione e permettere l’intervista del proprio personale coinvolto. In assenza di disposizioni cogenti il richiedente/licenziatario si impegna a fornire un’informativa completa e dettagliata dei rischi specifici dell’ambiente in cui devono agire gli auditor del C.C.Q. e, quando applicabile, di ACCREDIA e del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità ;
5. garantire l’accesso al personale del C.C.Q. in addestramento ed al membro del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità;
6. attuare, nei tempi previsti, le correzioni/azioni correttive decise per rimuovere effetti/cause delle non conformità.
7. l’Organizzazione deve tenere una registrazione ordinata dei reclami ricevuti, nonché delle azioni intraprese per correggere le cause che hanno motivato tali reclami. Il C.C.Q. ha facoltà di accedere ai singoli reclami, consultarli e valutarne la corretta gestione.

8.1.4 Doveri Specifici per il Settore IAF 28

Vedi APPENDICE 1 al presente documento - APP1 “CERTIFICAZIONE SGQ SETTORE IAF 28 (AREE TECNICHE EDILIZIA E IMPIANTISTICA)”

8.2 Diritti dell’Organizzazione

L'Organizzazione in possesso della certificazione e/o certificanda:

1. ha il diritto di dare pubblicità dell’avvenuta certificazione ed utilizzare il logo di certificazione nei modi che ritiene più opportuni (sulla propria carta intestata, sui propri cataloghi illustrativi, materiale pubblicitario, ecc.) purché rispetti le regole definite al § 14, facendo sempre riferimento alla certificazione del sistema di gestione ed ai limiti della certificazione ottenuta;
2. può esprimere un giudizio sul grado di soddisfazione sul servizio ricevuto dal C.C.Q. e comunicare per iscritto eventuali reclami che saranno utilizzati per attivare processi di miglioramento del servizio;
3. può chiedere la sostituzione degli auditor del C.C.Q. e/o di ACCREDIA qualora esistano motivati conflitti di interesse, dandone comunicazione scritta al C.C.Q. nei termini stabiliti dalla comunicazione ufficiale della data di audit. Sarà compito del C.C.Q., notificare a ACCREDIA l’eventuale incompatibilità dei suoi auditor;
4. può formulare delle riserve al contenuto dei rilievi riscontrati nel corso dell’audit dandone comunicazione scritta ad

C.C.Q.;

5. può richiedere di avere a disposizione informazioni di base su ogni membro del gruppo di audit.

8.3 Diritti e Doveri del C.C.Q.

8.3.1 Diritti del C.C.Q.

Il C.C.Q. si riserva il diritto di:

1. verificare nel corso della validità contrattuale che l’Organizzazione rispetti i requisiti generali per la certificazione;
2. evitare che altri soggetti pubblicizzino i propri servizi come tali da facilitare il conseguimento delle sue certificazioni o comunque correlati all’attività certificativa svolta o, in ogni caso, a intervenire tempestivamente per rimuovere situazioni di questo tipo;
3. utilizzare, oltre agli auditor dipendenti del C.C.Q. stesso, liberi professionisti per l’effettuazione degli audit, purché iscritti nell’apposito registro interno (Elenco Auditor, Esperti Qualificati...) nel quale sono registrati solo auditor conformi alle prescrizioni di cui al § 7.1 e 7.2 della norma UNI CEI EN ISO/IEC 17021-1:2015, nonché al § 4.1 e 4.2 del Regolamento ACCREDIA RG 01 nell’ultima revisione applicabile. Tali soggetti sono tenuti al rispetto di tutti i doveri propri del C.C.Q. ivi compresi quelli in materia di indipendenza, di conflitto d’interessi ed di trattamento dei dati; è stato riportato per informare e garantire l’organizzazione sulla competenza del personale utilizzato. Esiste comunque apposita procedura per i criteri di qualifica del personale ispettivo.
4. richiedere all’Organizzazione un pagamento anticipato delle spettanze, nel caso si siano verificati precedentemente dei ritardi nei pagamenti, superiori a trenta giorni (solari);
5. non concedere, sospendere o revocare la certificazione quando l’Organizzazione neghi l’accesso agli auditor di ACCREDIA in accompagnamento agli auditor del C.C.Q. in qualsiasi fase di valutazione.

8.3.2 Doveri del C.C.Q.

Il C.C.Q. ha il dovere di:

1. tenere sotto controllo le eventuali discordanze tra i rilievi formulati – in riferimento alla medesima entità certificata – da gruppi di audit aventi, in tutto o in parte diversa composizione e analizzare ed utilizzare i risultati di suddetti controlli al fine di ridurre le disuniformità di valutazione;
2. affidare gli audit ad individui o società tramite contratto scritto e questo deve contenere un preciso vincolo che escluda che detti soggetti possano avere prestato attività di consulenza – o svolto qualsiasi altra attività fonte di potenziale conflitto di interessi – nei riguardi delle Organizzazioni oggetto di audit;
3. trasferire mediante il presente Regolamento gli obblighi prescritti nel presente Regolamento;
4. mantenere aggiornata tutta la documentazione del suo sistema di gestione con particolare riferimento ai documenti destinati ai richiedenti/licenziatari della certificazione;
5. limitare l’applicazione delle prescrizioni riportate nel presente Regolamento, le attività di valutazione e le decisioni sulla certificazione/mantenimento agli aspetti specificatamente connessi al campo di applicazione della certificazione stessa;
6. garantire l’inesistenza, con società di consulenza o singoli consulenti, di rapporti formali aventi come oggetto la promozione e commercializzazione dei servizi di certificazione;
7. non promuovere nella maniera più assoluta, presso le Organizzazioni richiedenti, i propri auditor o ispettori in qualità di consulenti, né utilizzare suddetti auditor e ispettori in qualsivoglia funzione diversa dalla pura attività valutativa o di altra attività consentita;
8. predisporre formalmente e realizzare un programma annuale (completo di responsabilità, attività, tempi, risorse ed obiettivi quantificabili) di miglioramento della qualità dei prodotti/servizi forniti ai richiedenti/licenziatari la certificazione. La consuntivazione deve riportare, tramite indicatori quantificati e controllati, obiettivi raggiunti e scostamenti dagli obiettivi programmati con le relative azioni correttive intraprese;
9. definire e rendere operativa una procedura per la sistematica analisi delle segnalazioni e dei reclami provenienti dal mercato, sia a carico del proprio operato, sia a carico dei soggetti certificati, che prescriva di fornire sempre una chiara ed esaustiva risposta al reclamante. Detta analisi deve avere l’obiettivo di individuare eventuali carenze del sistema, prodotto, persona, rispetto ai riferimenti normativi di certificazione, al fine di intervenire presso le entità interessate, per ottenere le correzioni e le azioni correttive e preventive richieste. Il programma annuale di miglioramento, la documentazione degli scostamenti dagli obiettivi e le azioni correttive e preventive devono essere messi a disposizione di ACCREDIA in occasione degli audit;

10. sensibilizzare i soggetti in possesso di certificazioni da esso rilasciate sull’importanza della gestione pro-attiva dei reclami e sulla necessità di perseguire obiettivi di miglioramento utilizzando indicatori quantificati e controllabili per migliorare la qualità dei propri processi, prodotti e/o servizi;
11. attivare opportune metodologie per raccogliere le esigenze delle proprie Organizzazioni al fine di migliorare il servizio reso, nonché a documentarne gli esiti;
12. verificare eventuali cause di insoddisfazione dei destinatari finali dei prodotti e servizi forniti dalle entità da lui certificate, documentandone gli esiti;
13. fornire chiarimenti e spiegazioni sia nel caso in cui il campo di applicazione è connesso ad uno specifico programma che su richiesta scritta dei richiedenti/licenziatari/terzi. Tali chiarimenti e spiegazioni, oltre ad essere forniti ad altri richiedenti/licenziatari ricadenti nella stessa problematica, saranno oggetto di una guida sottoposta ad approvazione del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità e saranno resi disponibili per visione, al personale di ACCREDIA;
14. comunicare alle Organizzazioni la richiesta di autorizzazione di fare intervenire (come osservatore dell’operato dei propri gruppi di audit), il membro del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità, il gruppo di audit dell’Organismo di accreditamento, quando applicabile, informandolo delle motivazioni della sua presenza e del suo ruolo;
15. verificare che il richiedente/licenziatario conosca e sia in grado di gestire tutti gli aspetti cogenti connessi al sistema di gestione;
16. informare tempestivamente il richiedente/licenziatario dell’eventuale rinuncia/sospensione/revoca dell’accreditamento nel quale ricade la sua certificazione e supportarlo qualora intenda passare ad altro organismo accreditato;
17. durante gli audit presso l’Organizzazione, gli auditor del C.C.Q. devono, per quanto possibile, lavorare separatamente al fine di massimizzare l’utilizzo dei tempi di audit. Eventuali esperti non possono condurre attività ispettive autonomamente;
18. trasmettere a ACCREDIA i dati relativi ai soggetti in possesso di certificazioni da esso rilasciate, secondo le procedure definite da ACCREDIA in apposite istruzioni. Il C.C.Q. deve, altresì, comunicare, entro 30 giorni, a ACCREDIA i nominativi dei soggetti che hanno volontariamente rinunciato al rapporto contrattuale con il C.C.Q. stesso indicando, se possibile, le ragioni alla base della rinuncia. Inoltre, è tenuto a comunicare i dati relativi ai soggetti ai quali non è stata concessa, sospesa o revocata la certificazione, indicandone le ragioni;
19. comunicare a ACCREDIA il nominativo dei soggetti certificati a carico dei quali è stato assunto il provvedimento di revoca della certificazione, precisandone i motivi ed evidenziando a ACCREDIA i casi ritenuti critici. Regolamenti settoriali possono richiedere altresì la comunicazione dei provvedimenti di sospensione. Le informazioni relative alla rinuncia, non concessione, revoca e, ove richiesto, sospensione di cui sopra vengono utilizzate da ACCREDIA a fini di controllo del buon funzionamento del sistema di certificazione ed, in particolare, a scopi di individuazione di situazioni di indebito rilascio, nonché di comunicazione alle Autorità competenti;
20. comunicare, qualora ne sia ufficialmente informato, tramite atti ufficiali, al Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità (e a ACCREDIA per conoscenza) i casi in cui Organizzazioni certificate siano coinvolte in procedimenti giudiziari conseguenti alle leggi sulla responsabilità da prodotto o a violazioni di leggi concernenti i prodotti forniti e/o i servizi erogati o comunque afferenti ai sistemi di gestione oggetto di certificazione;
21. comunicare a ACCREDIA, qualora l’Organizzazione certificata intenda rinunciare alla certificazione prima dell’audit di rinnovo della stessa. ACCREDIA provvederà a fornire le disposizioni del caso, quali, ad esempio: l’obbligo di procedere ad un audit di III sorveglianza con un tempo pari a 1/3 del tempo speso nell’audit di prima certificazione o l’obbligo di revoca immediata della certificazione, nel caso in cui l’Organizzazione non intenda sottoporsi a detto audit. ACCREDIA provvederà a gestire tale comunicazione nei modi appropriati;
22. in caso di cessazione dell’attività, assicurare la continuità dei certificati mediante la sottoscrizione di accordi di mutuo riconoscimento con altri enti in possesso del medesimo accreditamento;
23. salvo prescrizioni contrarie, evitare la divulgazione a terzi di informazioni relative all’Organizzazione senza il consenso scritto di quest’ultima e comunque, garantire ai sensi delle vigenti normative la correttezza del trattamento dei dati relativi alle attività svolte dal richiedente/licenziatario, rispettando quanto previsto al precedente § 7 del presente Regolamento;
24. ove richiesto comunicare all’Autorità competente sullo stato della certificazione.

9 *ITER DI CERTIFICAZIONE*

9.1 Generalità

Il processo di certificazione si articola secondo le seguenti fasi:

9.2 Audit e Certificazione Iniziale

9.2.1 Domanda di Certificazione

L'iter di certificazione può essere attivato in due modi:

1. per mezzo di una Richiesta di Offerta (disponibile sul sito web) che il richiedente compila ed invia al CAB;
2. richiedendo mediante una sua propria comunicazione, in qualsiasi formato, che desidera certificare il proprio sistema di gestione. Il CAB fornirà indicazione per poter utilizzare il modulo di cui al precedente punto 1, oppure lo renderà disponibile nella forma più rapida consentita insieme con il presente Regolamento nell'ultima revisione applicabile, anch'esso disponibile sul sito web.

Nella Richiesta di Offerta che ha la valenza di una domanda di certificazione, l'Organizzazione, tramite il suo Legale Rappresentante, deve riportare le informazioni inerenti il sistema di gestione di tutte le unità produttive, i prodotti, i processi o i servizi da essa forniti e cioè:

1. la ragione sociale dell'Organizzazione, indirizzo/i della/e sua/e localizzazione/i;
2. copia del certificato di iscrizione alla CCIAA o documento equivalente in corso di validità (sei mesi);
3. lo scopo della certificazione (attività da certificare, oggetto di tali attività, eventuali attività incluse nella certificazione e affidate a terzi – outsourcing – eventuali esclusioni, ecc.);
4. le risorse in termini di personale ed attrezzature, le eventuali indicazioni relative all'appartenenza ad un gruppo o ad altre società
5. informazioni generali riguardanti il sistema di gestione e le attività da esso coperte;
6. le unità produttive e/o altre sedi da sottoporre a certificazione (inclusi eventuali siti distaccati e/o cantieri gestiti) comprensive di indirizzo/i e localizzazione/i;
7. la composizione dell'organico aziendale;
8. la norma di riferimento o altri documenti normativi applicabili;
9. per le imprese edili, le tipologie di attività e le categorie di lavori;
10. informazioni riguardanti l'utilizzo di prestazioni di consulenza relative al sistema di gestione;
11. problematiche relative alla conduzione in sicurezza degli audit.

9.2.2 Riesame della Domanda di Certificazione

A valle della richiesta di offerta il Responsabile Pratica del CAB prepara un'offerta di Certificazione che viene redatta sulla base del Tariffario TA 01 e dell'allegato relativo alle politiche di sconto del CAB, tenendo in debito conto le prescrizioni del documento Annex A della Guida IAF MD 5 e negli eventuali Rapporti Tecnici elaborati da ACCREDIA e/o Linee Guida CCQ al fine di valutare i tempi di audit.

Relativamente alla certificazione dei sistemi di gestione Parità di Genere in conformità alla norma Uni/PdR 125:2022, il calcolo dei tempi di audit si terrà conto del numero degli addetti equivalenti che verranno determinati come specificato dalla FAQ ACCREDIA-UNI agg. del 02.05.2023 al punto n.29 che recita:

“... Si individuano per i processi direttamente coinvolti nel Sistema di Gestione per la parità di genere i FTE, secondo le seguenti percentuali:

100% addetti ai seguenti uffici:

o Direzione;

o Amministrazione personale/HR;

o Formazione;

o Sistema di Gestione parità di genere;

o Legale;

o Comunicazione;

+ 10% addetti ad altri uffici e produzione.

Definiti i FTE si determina, attraverso l'Annex A - Quality Management Systems - complessità low, la durata dell'audit.

Si ricorda che:

- è escluso dal calcolo dei FTE il personale che offre all'impresa il servizio di consulenza/collaborazione;

- la UNI/PdR 125:2022 non si applica alle P. IVA che non hanno dipendenti o addetti/addette;

- occorre fare riferimento alla definizione di “addetto” di cui al punto 3.1 della UNI/PdR 125 al fine di individuare il personale coinvolto;

- valgono i termini e le definizioni dello IAF MD 5.

Non è comunque consentito applicare tempi di audit al di sotto della soglia minima prevista dalla tabella IAF MD 5. In ogni caso le eventuali riduzioni applicate devono essere adeguatamente giustificate...”

Nell'offerta CCQ dettaglia come sono stati determinati i tempi di audit sulla base delle seguenti informazioni del numero di addetti equivalenti che vengono determinati sulla base degli addetti full-time e part-time. Quest'ultimi vengono considerati in funzione del tempo effettivo di lavoro su base annua.

Sulla base degli addetti equivalenti e della Guida IAF MD 5, il CCQ definisce la durata degli audit (uomini-giorno) che potrebbero subire incrementi o decrementi sulla base dei seguenti criteri di **riduzione/incrementi applicabili** (calcolati sulla base del livello di rischio e delle caratteristiche delle attività comprese nello scopo di certificazione richiesto).

I fattori di **Riduzione** considerati sono i seguenti:

- Assenza del processo di progettazione (solo SGQ)
- Altri requisiti non applicabili
- Conoscenza pregressa del sistema di gestione del cliente (es. già certificato ad altro standard dallo stesso CAB)
- Preparazione del cliente alla certificazione (ad es. già certificata o riconosciuta da un altro schema di terze parti).
Nota: se l'audit è integrato e condotto secondo IAF MD 11 tale giustificazione non è valida in quanto la riduzione sarà calcolata dal livello di integrazione
- Limitata estensione del sito in relazione al numero di addetti
- Alta percentuale di addetti che svolgono la medesima semplice attività
- Processi a basso/nessun rischio di NC del prodotto/servizio
- Una sola attività certificata
- Presenza di personale che opera fuori sede e le cui attività possono essere verificate su basi documentale
- Attività identiche condotte su più turni

I fattori di **Incremento** considerati sono i seguenti:

- Livello di rischio alto (solo SGQ)
- Complessità logistica
- Elevata estensione del sito in relazione al numero di dipendenti
- Alta regolamentazione del settore
- Processi ad elevata complessità
- Elevato numero di attività

Sulla base dei dati e delle informazioni trasmesse il Responsabile di Pratica elabora, tenendo conto dei documenti succitati, l’Offerta economica. Tale Offerta contiene, oltre alle condizioni commerciali, comprensive dei termini di pagamento, costi ed impegno in giorni/uomo per:

- eventuale Pre-Audit;
- Audit Iniziale, suddiviso in:
 - ✓ Stage 1, comprendente: esame della documentazione e verifica dell’impostazione del sistema di gestione (sede dell’Organizzazione / sede del CAB);
 - ✓ Stage 2, comprendente: valutazione del sistema di gestione (sede dell’Organizzazione);
- Audit di Sorveglianza (Audit 2 e 3) per il mantenimento della certificazione, a 12 e 24 mesi dall’Audit di Certificazione;
- eventuali Audit Supplementari;
- Rinnovo del Certificato.

Qualora fosse necessario fornire delle informazioni aggiuntive, il CAB effettua una comunicazione formale all’Organizzazione. Tale comunicazione sarà archiviata nella pratica di certificazione e sarà disponibile per visione a ACCREDIA.

Il Responsabile Pratica esegue il “riesame della domanda” analizzando la documentazione ricevuta e, se necessario, richiede all’Organizzazione chiarimenti, precisazioni o aggiunte. In particolare, viene verificato che:

- le informazioni relative all’organizzazione richiedente e al suo sistema di gestione, siano sufficienti per condurre l’audit;
- i requisiti per la certificazione siano chiaramente stabiliti e documentati e siano stati forniti all’organizzazione richiedente;
- sia stata risolta ogni diversità di interpretazione fra l’organismo di certificazione e l’organizzazione richiedente;
- l’organismo di certificazione abbia la competenza e la capacità per eseguire le attività di certificazione;
- si sia tenuto conto del campo di applicazione della certificazione richiesto, della/le localizzazione/i delle attività dell’organizzazione richiedente, del tempo richiesto per completare gli audit e di qualsiasi altro fattore che influenzi l’attività di certificazione (lingua, condizioni di sicurezza, minacce all’imparzialità, ecc.);
- l’area tecnica, le attività e i processi specifici dell’Organizzazione e l’impegno in giorni/uomo da prevedere, siano stati individuati in conformità a quanto previsto nei documenti sopra citati;

- le competenze di tutte le funzioni di certificazione (responsabile di pratica, auditor, lead auditor, Comitato di Delibera) del gruppo di audit siano state individuate.

Ad esito positivo del riesame della domanda il CAB conferma all’Organizzazione l’accettazione della stessa trasmettendo l’Offerta compilata ed indicando il settore IAF assegnato.

Qualora non sussistano i presupposti per l’accettazione della domanda in quanto incompleta, non chiara, ecc., tale ricusazione è motivata per iscritto al richiedente e determina l’interruzione dell’iter di certificazione fino alla rimozione delle cause ostative che, a titolo d’esempio, possono riguardare:

- esclusione di requisiti al di fuori dei limiti imposti dalla norma;
- assenza delle autorizzazioni richieste dalla legge per svolgere l’attività;
- mancato rispetto delle condizioni generali di cui al § 4 del presente Regolamento;
- ecc.,

oppure, potrà scaturire l’emissione di una nuova offerta o una comunicazione con oggetto della certificazione modificato o altre evidenze di volta in volta stabilite.

Al ricevimento dell’Offerta, l’Organizzazione effettua le sue valutazioni e se la ritiene accettabile, la restituisce controfirmata. Il ricevimento da parte del CAB dell’Offerta firmata dal Legale Rappresentante dell’Organizzazione chiude l’attività contrattuale, in quanto l’accettazione dell’Offerta, che riporta i riferimenti al presente Regolamento, suggella legalmente il contratto. In questa fase è richiesto all’Organizzazione il pagamento di un primo importo, come previsto dall’Offerta. L’iter di certificazione si interrompe se l’Organizzazione non provvede al pagamento.

L’Organizzazione allega all’Offerta i seguenti documenti:

1. copia firmata delle pagine del presente Regolamento, per cui è prevista la firma, per totale accettazione dello stesso (il presente Regolamento è scaricabile dal sito del CAB riportato a piè pagina).

In assenza dei suddetti adempimenti l’iter di certificazione non sarà avviato.

Una volta ricevuta l’Offerta accettata dall’Organizzazione, il Responsabile di Pratica provvede al suo riesame e fornisce alla stessa il proprio nominativo (che costituirà l’interfaccia del CAB nei confronti dell’Organizzazione), il nominativo del Responsabile del gruppo di audit che eseguirà le valutazioni documentali e gli audit in campo, i nominativi degli eventuali altri auditor ed i nominativi dei Membri del Comitato di Delibera, che delibereranno la certificazione), competenti nei settori oggetto di certificazioni; se necessario possono essere nominati esperti tecnici di settore. L’Organizzazione li ritiene tacitamente accettati in mancanza di rifiuti motivati per iscritto, entro il tempo specificato nella notifica (3 giorni lavorativi). L’Organizzazione può richiedere di avere a disposizione informazioni di base (tipicamente il curriculum vitae presente nell’archivio del CAB) su ogni membro del gruppo di audit/Comitato di Delibera.

9.2.3 Audit Iniziale di Certificazione

9.2.3.1 Stage 1

L’attività di Stage 1 è svolta presso la sede dell’Organizzazione, essa ha inizio con una riunione di apertura, cui partecipa la Direzione dell’Organizzazione o un suo rappresentante, in cui il Responsabile del gruppo di audit spiega le finalità, le modalità di svolgimento delle attività, presenta i Membri del gruppo, concorda eventuali modifiche al Piano dell’Audit, ecc. e per stabilire un canale ufficiale di comunicazione. La Verifica dell’Impostazione del Sistema di Gestione ha lo scopo di:

- a. valutare la conformità della documentazione del sistema di gestione dell’organizzazione. Tale esame è svolto al fine di identificare:
 - il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità da certificare con riferimento a quanto richiesto dall’Organizzazione;
 - le eventuali esclusioni, opportunamente giustificate;
 - le aree tecniche, le attività e i processi specifici interessati;
 - la conformità alla norma di riferimento;
 - la tipologia e le caratteristiche del processo/prodotto;
 - gli eventuali processi affidati a terzi ;
 - i processi e la/e localizzazione/i del cliente, compresi i relativi aspetti legali e regolamentati e la conformità ad essi (per esempio qualità, ambiente, aspetti legali relativi all’attività del cliente, rischi associati, ecc.);

- l’Organizzazione interna e le dimensioni aziendali;
- b. valutare la localizzazione e le condizioni particolari del sito dell’Organizzazione e intraprendere uno scambio d’informazioni con il personale della stessa al fine di stabilire il grado di preparazione per l’audit di Fase 2;
- c. riesaminare lo stato e la comprensione dell’Organizzazione riguardo i requisiti della norma, con particolare riferimento alla identificazione di prestazioni chiave o di aspetti, processi, obiettivi e funzionamento significativi del sistema di gestione;
- d. raccogliere le informazioni necessarie riguardanti il campo di applicazione del sistema di gestione, i processi e la/e localizzazione/i dell’Organizzazione, compresi i relativi aspetti legali e regolamentati e la conformità ad essi (per esempio qualità, ambiente, aspetti legali relativi alle attività, rischi associati, ecc.). In questa fase si valutano anche le esclusioni di requisiti e le relative motivazioni. L’accettazione o meno delle esclusioni è motivata da parte degli auditor al fine di consentire al Comitato di Delibera di decidere se accettarle o meno;
- e. riesaminare l’assegnazione di risorse per l’audit di Fase 2 e concordare con l’Organizzazione i dettagli dell’audit di Fase 2;
- f. mettere a fuoco la pianificazione dell’audit di Fase 2, acquisendo una sufficiente conoscenza del sistema di gestione e delle attività del sito dell’Organizzazione, con riferimento ai possibili aspetti significativi;
- g. confermare le esclusioni adottate dall’Organizzazione, valutandone le motivazioni addotte e la reale non influenza del processo/requisito sulla sua responsabilità a fornire prodotti/servizi che siano conformi ai requisiti del cliente e a quelli cogenti applicabili. Se accettate, tali esclusioni dovranno essere individuate nella lista di riscontro sintetizzando le motivazioni/considerazioni che hanno fatto ritenere accettabile o non accettabile tale scelta. Eventuali esclusioni non giustificate dovranno essere verbalizzate all’Organizzazione come non conformità. Una linea guida sulle esclusioni e relativi comportamenti è presente nel sito web riportato a piè pagina;
- h. verificare che il sistema di gestione dell’Organizzazione risulti operativo da almeno tre mesi a far data dall’audit, valutare se gli audit interni e il riesame da parte della direzione siano stati pianificati ed eseguiti su tutti i requisiti/processi della norma, accertando in particolare che siano stati definiti obiettivi concreti e misurabili, e che il livello di attuazione del sistema di gestione fornisca l’evidenza che l’Organizzazione è pronta per l’audit di Fase 2;
- i. confermare i cantieri da verificare, notificati nella Richiesta d’Offerta e già indicati nel Piano di Audit (per il settore IAF 28, area tecnica edilizia ed impiantistica).

Le risultanze dell’audit di Stage1 sono documentate in un rapporto e comunicate all’Organizzazione, compresa l’identificazione di ogni problema che nell’audit di Stage 2 potrebbe essere classificato come rilievo.

Si possono presentare due situazioni:

- lo stage 1 fatto registrare non conformità o un numero tale di osservazioni da non consentire il proseguimento dell’attività, il gruppo di audit interrompe l’audit. Il CAB sulla base delle risultanze conferma il rapporto lasciato in copia dal gruppo di audit all’Organizzazione e comunica l’esigenza di presentare correzioni e/o azioni correttive (entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento del rapporto), sulla base delle quali si potrà stabilire, di comune accordo, la data per l’Audit di Stage 2;
- l’attuazione delle modifiche di cui all’esame documentale e/o le altre verifiche hanno fatto registrare osservazioni e/o commenti tali da poter proseguire l’attività; si passa contestualmente all’audit di fase 2.

È sottinteso che nel determinare l’intervallo fra la Stage 1 e la Stage 2, si devono considerare le esigenze delle Organizzazioni per la risoluzione dei rilievi e/o qualsiasi altra problematica identificati durante l’audit di Stage 1. Anche il CAB, nel caso di cui al precedente primo sottopunto, può avere bisogno di rivedere le sue disposizioni per lo Stage 2.

Qualora, per colmare le carenze emerse nello Stage1, vi fossero modifiche significative che potrebbero avere impatto sul sistema di gestione qualità, il CAB deve considerare la necessità di ripetere lo Stage 1, in tutto o in parte. Tali modifiche, a titolo non esaustivo, possono riguardare:

- il contesto dell’organizzazione;
- i requisiti legislativi;
- ecc.

Il CAB si impegna a informare l’organizzazione qualora i risultati della fase di Stage 1 possano portare al rinvio o alla cancellazione dello Stage 2.

9.2.3.2 Stage 2: Audit sul Sistema di Gestione

Lo scopo dell’audit di Stage 2 è di valutare l’attuazione, compresa l’efficacia, del sistema di gestione dell’Organizzazione, è svolto a fronte di tutti i requisiti della norma di riferimento, delle prescrizioni contenute nel presente Regolamento,

nell'Appendice 1 dello stesso, oltre che delle prescrizioni contenute nei Rapporti Tecnici del ACCREDIA, quando esistenti. In base al piano di audit, l'audit prosegue tramite colloqui con il personale, al fine di accertarsi del regolare funzionamento del sistema di gestione.

I dati e le evidenze raccolte sono registrati e valutati al fine di emettere un giudizio di conformità ed efficacia del sistema e/o sottolineare gli eventuali spunti di miglioramento.

Esso riguarda quanto segue:

- a. Osservazione delle attività/processi ed esame di documenti e registrazioni; le informazioni e le evidenze circa la conformità a tutti i requisiti della norma o di altro documento normativo applicabile al sistema di gestione;
- b. il monitoraggio, la misurazione, la rendicontazione e il riesame delle prestazioni, con riferimento agli obiettivi ed ai traguardi fondamentali delle prestazioni stesse (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo);
- c. il sistema di gestione dell'Organizzazione e le prestazioni con riferimento al rispetto delle prescrizioni legali;
- d. la tenuta sotto controllo dei processi dell'Organizzazione;
- e. gli audit interni e il riesame da parte della direzione dell'Organizzazione;
- f. la responsabilità della direzione per le politiche dell'Organizzazione;
- g. i collegamenti fra i requisiti normativi, la politica, gli obiettivi ed i traguardi delle prestazioni (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo), tutte le prescrizioni legali applicabili, le responsabilità, la competenza del personale, le attività, le procedure, i dati di prestazioni e le risultanze e le conclusioni degli audit interni.

9.2.4 Conclusioni dell'Audit Iniziale di Certificazione

Al termine dell'attività di auditing il gruppo di audit si riunisce per analizzare tutte le informazioni e le evidenze dell'audit raccolte durante la Stage 1 e la Stage 2, riesaminare le risultanze dell'audit e stabilirne le conclusioni. Esso procede quindi a redigere il rapporto di audit, con i relativi rilievi. Si procede quindi, con una riunione finale con la Direzione dell'Organizzazione per presentare e spiegare il rapporto e chiarire ogni dubbio circa lo stesso ed i relativi rilievi. Se necessario il gruppo di audit può manifestare la necessità di un Audit Supplementare, motivandone le ragioni alla Direzione dell'Organizzazione. L'Organizzazione è tenuta ad analizzare le cause dei rilievi riscontrati e ad indicare sui fogli del verbale relativi ai singoli rilievi (consegnatigli in copia), l'eventuale correzione e/o azione correttiva che intende adottare per evitare il ripetersi di non conformità. Non saranno accettate correzioni e/o azioni correttive per le quali non sia evidente un'adeguata analisi delle cause, anche se poi (correzioni) non si sia prevenuti alla loro determinazione.

Per le NC l'Organizzazione è tenuta a comunicare a CCQ (per scritto via fax o via e-mail, utilizzando l'apposito modulo fornito da CCQ), entro 20 giorni lavorativi, analisi delle cause, trattamento ed azione correttiva relativa a ciascuna delle NC, specificando la data limite di attuazione, comunque compresa nei 3 mesi successivi alla data dell'Audit.

CCQ comunicherà all'organizzazione l'approvazione o meno di trattamenti ed azioni correttive pianificate e dei tempi per la loro attuazione.

L'Organizzazione attuerà le azioni approvate e, quando avrà la consapevolezza della loro efficacia, ne darà comunicazione (per scritto via fax o via e-mail) a CCQ. CCQ verificherà infine (entro e non oltre 3 mesi dalla data dell'Audit) l'efficacia della azioni attuate attraverso una verifica di tipo documentale (ove possibile) o disponendo un audit supplementare. L'iter di certificazione per l'emissione del Certificato di Conformità è subordinato all'esito positivo di tale verifica.

Per le Osservazioni l'Organizzazione è tenuta a comunicare (per scritto via fax o via e-mail, utilizzando l'apposito modulo fornito da CCQ) a RGVI entro 20 giorni lavorativi analisi delle cause, trattamento ed azione correttiva relativa a ciascuna delle osservazioni, specificando la data limite di attuazione, comunque compresa nei 12 mesi successivi alla data dell'Audit. RGVI comunicherà all'organizzazione l'approvazione o meno dei trattamenti ed azioni correttive pianificate e dei tempi per la loro attuazione. CCQ verificherà la loro efficace attuazione in occasione del successivo audit che, in funzione del numero di osservazioni emesse, potrebbe essere eseguito a distanza ravvicinata (6 mesi – audit aggiuntivo) o attraverso una verifica di tipo documentale.

I commenti rappresentano un'opportunità di miglioramento dell'efficienza del sistema di gestione che il gruppo di audit raccomanda all'Organizzazione di mettere in atto tramite adeguate azioni (da registrare su modelli dell'Organizzazione).

L'Organizzazione deve controfirmare il Rapporto di Audit, comprensivo dei fogli di registrazione dei rilievi, impegnandosi ad attuare gli interventi indicati nei tempi previsti.

L'Organizzazione riceve una copia del rapporto di audit da parte del gruppo di audit.

9.2.5 Informazioni per il Rilascio della Certificazione Iniziale

Il Responsabile del gruppo di audit invia al CAB il Rapporto di Audit e gli appunti di lavoro con le evidenze di quanto rilevato.

Le correzioni e/o le azioni correttive proposte devono essere accettate dal Responsabile del gruppo di audit per adeguatezza e tempi di attuazione, sia nel caso in cui le stesse siano fornite dall’Organizzazione durante la riunione finale, sia nel caso siano inviate successivamente al CAB. Egli firma pertanto i fogli relativi ai singoli rilievi per accettazione degli stessi, delle relative correzioni e/o le azioni correttive e dei tempi di attuazione. Il Responsabile di Pratica comunica per iscritto all’Organizzazione sottoposta ad audit le modalità per verificare l’efficacia delle correzioni e delle azioni correttive (solo per Non Conformità) e cioè se sia necessario un audit supplementare completo, un audit supplementare limitato o evidenze documentali (da confermare durante i futuri audit di sorveglianza). Per le Osservazioni ed i Commenti vale la regola del silenzio – assenso.

Le informazioni, fornite dal gruppo di audit al CAB per decidere sulla certificazione comprendono:

- a. i rapporti di audit, che possono concludersi con due proposte del gruppo di audit, vedere successivo sottopunto d);
- b. i commenti relativi ai rilievi e, ove applicabili, le correzioni e le azioni correttive adottate dall’Organizzazione;
- c. la conferma delle informazioni fornite all’organismo di certificazione utilizzate nel riesame della domanda (vedere punto 9.2.2.1 e 9.2.2);
- d. una raccomandazione con le relative condizioni o osservazioni, non vincolante:
 - favorevole al rilascio della certificazione: nel caso di osservazioni e/o commenti. In questo caso l’iter di certificazione prosegue con l’invio da parte dell’Organizzazione, entro tempi stabiliti, di opportune correzioni e/o azioni correttive la cui efficacia sarà valutata nel successivo audit di sorveglianza. Comunque, anche in funzione della numerosità e dell’estensione delle osservazioni, il parere favorevole del gruppo di audit può essere subordinato all’effettuazioni di ulteriori accertamenti ed audit (es.: audit semestrali di sorveglianza, invio di evidenze documentali a chiusura dei rilievi, ecc.);
 - sfavorevole al rilascio della certificazione: nel caso di non conformità. In questo caso l’iter di certificazione si blocca fino all’effettuazione di un Audit Supplementare e soltanto dopo il positivo superamento di questa nuova valutazione la pratica sarà sottoposta al Comitato di Delibera per la delibera. Se il CAB non è in grado di verificare l’attuazione delle correzioni e delle azioni correttive entro 6 mesi dall’ultimo giorno di Stage 2, sarà necessario ripetere una visita di Stage 2. Impedire la partecipazione degli auditor ACCREDIA o del membro del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità all’audit, comporta automaticamente l’emissione di un parere sfavorevole al rilascio della certificazione.

9.2.6 Conferma del Rapporto di Audit

L’originale del rapporto di audit è trasmesso al CAB dal Responsabile del Gruppo di Audit, entro 5 giorni lavorativi dall’audit, ed è esaminato dal Responsabile di Pratica che può disporre la modifica. L’Organizzazione è informata attraverso una comunicazione ufficiale.

Trascorsi i 10 giorni lavorativi dall’audit, per l’Organizzazione vale la regola del silenzio - assenso ed il Rapporto di Audit lasciato dal gruppo di audit si intende confermato ad eccezione della data del successivo audit che può essere modificata dal Comitato di Delibera.

Le modifiche al rapporto possono derivare anche dalle considerazioni riportate dal supervisore del gruppo di audit o dal membro del Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità, quando presenti, nel rapporto riservato inviato a CAB. Nel caso il rapporto di audit contenga un parere sfavorevole del gruppo di audit, la pratica è sottoposta al Comitato di Delibera soltanto dopo l’effettuazione dell’Audit Supplementare.

9.2.7 Audit Preliminare

Premesso che tale attività è effettuata immediatamente dopo l’accettazione dell’Offerta e prima dell’inizio della Stage 1, l’audit preliminare si effettua esclusivamente su richiesta dell’Organizzazione e può essere effettuato una sola volta, a titolo oneroso, con una durata di un giorno/uomo per Organizzazioni fino a cento dipendenti e di due giorni/uomo per Organizzazioni oltre i cento dipendenti.

Tale attività ha lo scopo di valutare il grado d’attuazione del Sistema di Gestione dell’Organizzazione approfondendo eventualmente l’esame della documentazione per capire il grado di preparazione a ricevere l’Audit di Certificazione.

La pianificazione e l’Organizzazione dell’audit preliminare segue le stesse modalità di un normale audit. I rilievi sono opportunamente documentati in un rapporto di audit lasciato in copia all’Organizzazione.

L’Organizzazione non ha l’obbligo di formulare un impegno alla rimozione delle eventuali non conformità/osservazioni/commenti che dovessero risultare dal rapporto di audit.

L'audit di certificazione sarà comunque svolto in modo completo come se l'audit preliminare non fosse avvenuto. Tutte le registrazioni dell'audit preliminare sono archiviate e rese disponibili al ACCREDIA per valutazione.

10 RILASCIO DEL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ

10.1 Funzione Proponente (Responsabile di Pratica)

Tutte le pratiche sono riesaminate dal Responsabile di Pratica per quella pratica o da un altro Responsabile di Pratica, se il primo ha partecipato all'audit. Il Responsabile di Pratica ha come minimo le competenze di auditor nel settore in cui opera l'Organizzazione. Esso valuta la completezza (rapporti di audit, Stage 1 e Stage 2, checklist, correzioni/azioni correttive, ecc.) e la correttezza della pratica e, se l'esito è positivo, predispone il Programma delle Sorveglianze e la proposta di certificazione (File Commessa) e la sottopone al Comitato di Delibera. La delibera del Comitato vale come approvazione di quanto proposto, compreso il Programma delle Sorveglianze. Il Programma delle Sorveglianze stabilisce i parametri da seguire nella conduzione delle sorveglianze nel corso del triennio di validità del certificato.

10.2 Funzione Tecnica di Delibera (Comitato di Delibera)

Il Comitato di Delibera è l'organo deliberante del CAB. Esso su proposta del Responsabile di Pratica, dopo aver preso visione della documentazione/risultanze/conclusione dell'audit, del parere del gruppo di audit, delle correzioni e/o delle azioni correttive dell'Organizzazione, di ogni altra informazione pertinente, ecc., delibera concessione/rinnovo/estensione/riduzione/sospensione/revoca della certificazione, fatta eccezione dei casi particolari, meglio precisati nei § 15.2, 15.3, 15.4. L'esito delle riunioni è formalizzato su un Verbale a firma dei membri del Comitato di Delibera.

Maggiori dettagli circa composizione, funzionamento e competenze dei membri del Comitato di Delibera sono riportati nel REG.02 “Regolamento per il Comitato di Delibera”.

Qualora le informazioni a disposizione siano insufficienti per esprimere un giudizio, il Comitato di Delibera può disporre un supplemento d'indagine rinviando la pratica al CAB che definirà le modalità con cui integrare le suddette informazioni. L'Organizzazione è informata da una comunicazione ufficiale che spiega le ulteriori attività da effettuare.

Quando la certificazione non è concessa il CAB comunica per iscritto all'Organizzazione le ragioni di tale decisione e l'Organizzazione può presentare ricorso in accordo a quanto previsto nel presente Regolamento.

In caso di certificazione l'Organizzazione riceve un certificato di conformità bilingue (italiano – inglese) mediante qualsiasi mezzo questi scelga. Se non diversamente specificato il certificato sarà fornito su carta. Premesso che, la data effettiva riportata sul certificato non può essere antecedente alla data della decisione di certificazione (delibera del Comitato di Delibera), lo stesso consente di identificare quanto segue:

- a) la personalità giuridica dell'Organizzazione oggetto della certificazione (Ragione sociale e Codice Fiscale);
- b) le norma di riferimento (es.: ISO 9001, ISO 14001, ISO 21001, ISO 37001, UNI/PdR 125, ecc.) e/o altro documento normativo utilizzato per l'audit dell'Organizzazione certificata, incluso il numero di edizione e/o revisione;
- c) le tipologie di processi (attività svolte) realizzati nell'ambito del sistema di gestione aziendale oggetto di certificazione (progettazione, sviluppo, fabbricazione, installazione, assistenza, ecc.);
- d) i risultati delle attività svolte in termini di prodotti forniti e servizi erogati;
- e) localizzazione geografica di ogni Organizzazione il cui sistema di gestione è certificato (o la localizzazione geografica della Sede Centrale e di tutti i siti coperti dal campo di applicazione di una certificazione multisito (comprehensive di indirizzo completo));
- f) eventuali specificazioni e precisazioni necessarie od utili per la migliore definizione degli elementi e dei dati sopra indicati;
- g) i riferimenti attinenti alla validità della certificazione in termini di: data di emissione del certificato, estensione o rinnovo, data di emissione corrente e data di scadenza. A tale proposito, la data di rinnovo coinciderà con la data di scadenza antecedente;
- h) il riferimento al Rapporto Tecnico (ACCREDIA) di schema/settore applicabile, ove esistente;
- i) il nome, l'indirizzo e il marchio di certificazione dell'organismo di certificazione; altri marchi (per esempio il simbolo dell'accreditamento) possono essere utilizzati, purché non siano ingannevoli o ambigui (vedere § 14 del presente Regolamento);
- j) ogni altra informazione richiesta dalla norma e/o da altro documento normativo utilizzato per la certificazione;

- k) nel caso di emissione di documenti di certificazione sottoposti a revisione, un mezzo per distinguere detti documenti da quelli precedenti obsoleti;
- l) un unico codice di identificazione;
- m) firma del legale rappresentante del CAB (Amministratore Unico).

Le voci c) e d) (e, eventualmente, f) costituiscono, nel loro complesso, lo “scopo di certificazione”.

Qualora siano state accettate delle esclusioni di requisiti e/o sia previsto l’affidamento di processi all’esterno (outsourcing), il certificato conterrà la dicitura: *“Per i dettagli relativi alle esclusioni di requisiti e per i processi affidati in outsourcing riferirsi al Manuale Qualità dell’Organizzazione. Per informazioni puntuali ed aggiornate circa eventuali variazioni intervenute nello stato della certificazione di cui al presente certificato rivolgersi al n° telefonico 081/844.42.37 o all’indirizzo e-mail info@centrocert.it”*

Il certificato rilasciato all’Organizzazione riporta il marchio ACCREDIA soltanto per i settori nei quali il CAB è accreditato.

Nel caso in cui il richiedente/licenziatario intenda modificare il campo di attività riportato nel certificato deve farne richiesta scritta al CAB che deciderà, se necessario, di svolgere un ulteriore esame documentale e/o ispettivo.

Insieme al Certificato, il Responsabile di Pratica invia all’Organizzazione anche via e-mail il logo del CAB ed il logo ACCREDIA oltre che il Programma delle Sorveglianze.

10.3 Funzione per la Salvaguardia dell’Imparzialità, di Indirizzo e Supervisione delle Attività di Certificazione (Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità)

Il CAB ha provveduto a dotarsi di un Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità per:

- a. affiancare il CAB nello sviluppo delle politiche relative all’imparzialità delle proprie attività di certificazione;
- b. contrastare ogni tendenza, da parte del CAB, che aspetti commerciali o di altra natura, impediscano una congruente ed obiettiva effettuazione delle attività di certificazione;
- c. fornire suggerimenti su aspetti che possono influenzare la fiducia nella certificazione, compresi la trasparenza e la percezione del pubblico;
- d. condurre un riesame, almeno una volta all’anno, circa l’imparzialità degli audit, delle certificazioni e dei processi decisionali del CAB.

Altri compiti o attività possono essere affidati al Comitato, purché tali compiti o attività addizionali non ne compromettano il ruolo essenziale di garantire l’imparzialità (es.: la valutazione dei ricorsi ai soli fini dell’imparzialità, come garante di comportamenti non discriminatori del CAB. Vedere successivo § 18.1).

Il Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità, è l’organo rappresentativo delle parti istituzionali, economiche e sociali interessate alla certificazione e garantisce l’indipendenza, l’imparzialità, la competenza e l’adeguatezza delle risorse impiegate nell’attività di certificazione, per assicurare che:

1. l’equilibrio degli interessi rappresentati sia tale che nessun singolo interesse è predominante;
2. vi sia l’accesso a tutte le informazioni necessarie per consentire al Comitato di svolgere le proprie funzioni;
3. il Comitato abbia il diritto di intraprendere azioni indipendenti (per esempio, informando le autorità, gli organismi di accreditamento, le parti interessate) qualora l’Amministratore Unico del CAB non tenga conto dei suoi suggerimenti. Nell’intraprendere azioni indipendenti, il Comitato deve comunque, rispettare i requisiti di riservatezza, di cui al § 7 del presente Regolamento che recepisce il punto 8.5 della norma, relativi all’Organizzazione ed al CAB. Tra le azioni indipendenti è compresa la partecipazione, tramite esperti tecnici appartenenti al Comitato, ad audit di accompagnamento, al fine di garantire che non vi siano minacce all’imparzialità, con particolare riferimento a quelle derivanti da interessi propri.

La composizione, il mandato, i compiti, l’autorità, la competenza dei membri e le responsabilità di tale Comitato, sono formalmente documentati e maggiormente dettagliati, in apposito Regolamento (REG 03), disponibile su richiesta, mentre sul sito web del CAB riportato a piè pagina è presente la composizione del Comitato, i cui membri sono stati autorizzati ad operare da parte dell’Amministratore Unico del CAB.

10.4 Iscrizione dell’Organizzazione nell’Elenco delle Organizzazioni Certificati dal CAB

A seguito del rilascio della certificazione il CAB rende pubblica l’informazione ufficiale relativa allo stato della certificazione tramite l’iscrizione nell’Elenco delle Organizzazioni Certificate fornibile su richiesta di terzi. Tale

documento è un documento controllato, gestito in accordo alle prescrizioni del sistema di gestione, esso riporta il nome, il documento normativo pertinente, il campo di applicazione e la localizzazione geografica per ogni Organizzazione certificata (o la localizzazione geografica della Sede Centrale e di tutti i siti coperti dal campo di applicazione di una certificazione multisito). CAB comunicherà altresì lo stato delle certificazioni a ACCREDIA. Sia l’Elenco presente presso il CAB che quello inviato a ACCREDIA, essendo nello stato di ultima revisione, confermano la validità delle certificazioni rilasciate, in essi riportate.

Le Organizzazioni certificate nei settori sotto accreditamento ACCREDIA sono pubblicate anche nell’elenco ACCREDIA consultabile sul sito internet www.accredia.it.

Allo stesso modo il CAB rende pubblica l’eventuale sospensione, rinuncia o revoca della certificazione su richiesta di terzi se pertinente.

Le informazioni relative alle Organizzazioni appartenenti al settore IAF 28 (costruzioni ed impiantistica) sono comunicate ad ACCREDIA con i tempi e le modalità da questo stabiliti.

11 ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA E AUDIT SUPPLEMENTARI

11.1 Audit di Sorveglianza

Nel triennio di validità della certificazione, il CAB svolge periodici audit di sorveglianza (o di mantenimento della certificazione) seguendo il Programma delle Sorveglianze per verificare in generale:

1. il mantenimento della conformità ai requisiti della norma di riferimento;
2. l’efficacia del sistema di gestione;
3. il rispetto dei requisiti di legge applicabili al prodotto/servizio.

Il Programma delle Sorveglianze definisce le date delle successive sorveglianze ed i processi/requisiti della norma di riferimento che saranno verificati sempre nelle stesse e quelli che saranno verificati alternativamente, in modo che il CAB possa continuare ad aver fiducia che il sistema di gestione certificato continui a rispettare i requisiti nel periodo intercorrente fra gli audit di rinnovo della certificazione.

Il ciclo di certificazione inizia dopo la decisione di certificazione o rinnovo. Gli audit di sorveglianza sono effettuati a decorrere dalla data di delibera della certificazione, per tutta la durata della validità del certificato, con una periodicità annuale. L’audit di sorveglianza può essere effettuato in un periodo diverso, sempre rientrando nell’anno solare previsto dalla ISO/IEC 17021:2015 (par. 9.1.3.3). Resta comunque fermo che la data del primo audit di sorveglianza non deve superare i 12 mesi dalla data di decisione della certificazione.

Gli audit sono pianificati, eseguiti e documentati analogamente a quanto indicato al § 9.2.3.2 per gli audit di Stage 2; i giorni/uomo da prevedere sono stabiliti, come definito nell’Offerta, in conformità a quanto previsto nell’Annex A della Guida IAF MD5. L’Organizzazione si impegna a comunicare i siti/cantieri presso i quali sarà effettuato l’audit prima dell’effettuazione dello stesso e al massimo entro 20 giorni lavorativi antecedenti alla data proposta per l’audit nella comunicazione di sorveglianza. Come nel caso degli audit di certificazione iniziale, anche gli eventuali rilievi riscontrati durante le sorveglianze dovranno essere risolti dall’Organizzazione mediante appropriate correzioni e/o azioni correttive, affinché il certificato possa rimanere valido. Si precisa, a questo proposito, che i tempi di attuazione proposti dall’Organizzazione per la chiusura delle correzioni e/o azioni correttive non devono superare i due mesi solari dalla data dell’audit.

Si precisa che nel caso di organizzazioni nel cui campo di applicazione rientrano i processi di erogazione, il GVI dovrà verificarli con osservazione diretta sempre durante la verifica iniziale di certificazione ed almeno una volta durante ogni successivo ciclo di certificazione.

11.2 Mantenimento della Certificazione

Il CAB mantiene la certificazione dell’Organizzazione basandosi sulla dimostrazione che la stessa continui a rispettare i requisiti della norma relativa al sistema di gestione e i requisiti cogenti applicabili. La certificazione è mantenuta sulla base di una conclusione positiva da parte del responsabile del gruppo di audit senza ulteriori riesami indipendenti, in quanto:

- a. per ogni rilievo o altra situazione che possa comportare la sospensione o la revoca della certificazione, il CAB dispone di un sistema che richiede al responsabile del gruppo di audit di segnalare al CAB stesso l’esigenza di

- iniziare un riesame da parte di personale adeguatamente competente (vedere § 10), differente da quello che ha effettuato l'audit, per stabilire se la certificazione possa essere mantenuta;
- b. personale competente del CAB effettua il monitoraggio delle sue attività di sorveglianza, compreso il monitoraggio dei rapporti ricevuti dai propri auditor, per assicurare che le attività di certificazione funzionino efficacemente.

11.3 Audit Supplementari

Audit supplementari possono essere disposti dal CAB nei seguenti casi:

1. gravi carenze documentali od applicative del sistema di gestione;
2. disposizioni del Comitato di Delibera;
3. uso improprio del logo e della certificazione;
4. procedimenti giudiziari connessi alla responsabilità da prodotto/servizio difettoso;
5. mancato rispetto della normativa cogente;
6. variazioni significative nella struttura organizzativa e proprietaria, compresi i cambi della sede legale e/o operativa e/o della ragione sociale;
7. estensione della certificazione (vedere anche § 13.1);

Tali audit, comportano un ulteriore costo per il richiedente/licenziatario rispetto a quanto pattuito in sede di offerta. Gli Audit Supplementari sono notificati all'Organizzazione con congruo anticipo e sono condotti con le modalità indicate nel presente Regolamento (audit di Stage 2, § 9.2.3.2). Gli Audit Supplementari di cui al punto 2) possono essere disposti anche a seguito di specifica richiesta di ACCREDIA ed in tal caso si applica un preavviso minimo di 15 giorni lavorativi entro il quale il richiedente/licenziatario può esercitare i diritti di riconsulenza di cui al § 8.2 del presente Regolamento.

12 RINNOVO DELLA CERTIFICAZIONE E VALIDITÀ

12.1 Pianificazione dell'Audit Rinnovo della Certificazione

Un audit di rinnovo della certificazione è pianificato e condotto per valutare il continuo soddisfacimento di tutti i requisiti della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo. Lo scopo dell'audit di rinnovo della certificazione è quello di confermare la conformità continua e l'efficacia del sistema di gestione nel suo complesso, nonché la continua pertinenza ed applicabilità al campo di applicazione della certificazione.

L'audit di rinnovo della certificazione prende in considerazione le prestazioni del sistema di gestione nell'arco del periodo di certificazione e comprende il riesame dei precedenti rapporti di audit di sorveglianza.

Le attività di audit di rinnovo della certificazione possono avere necessità di un audit di Stage 1 qualora si siano verificate modifiche significative nel sistema di gestione, nell'Organizzazione, o nel contesto in cui il sistema di gestione opera (per esempio modifiche nella legislazione).

In caso di siti multipli o di certificazioni emesse dal CAB a fronte di più norme di sistema di gestione, la pianificazione dell'audit sarà tale da garantire un'adeguata copertura.

12.2 Audit di Rinnovo

La certificazione ha una validità triennale e decorre dalla data di rilascio della certificazione riportata sul Certificato di Conformità (data della delibera del Comitato di Delibera). È essenziale, per il mantenimento della validità del Certificato di Conformità, che:

- le condizioni che hanno portato alla certificazione restino immutate,
- le visite di sorveglianza diano esito soddisfacente,
- l'Organizzazione richiedente sia aggiornata con il pagamento dei corrispettivi concordati,
- non venga fatto scorretto uso della certificazione secondo quanto precisato in precedenza.

Il rinnovo è subordinato all'esito positivo di un nuovo audit completo sul campo che comprenda l'analisi della documentazione (vedere sotto i casi possibili) e che accerti quanto segue:

- a. l'efficacia del sistema di gestione nella sua globalità, alla luce di modifiche interne ed esterne, e la sua continua pertinenza ed applicabilità al campo di applicazione della certificazione;

- b. l’impegno dimostrato a mantenere l’efficacia ed il miglioramento del sistema di gestione al fine di rafforzare le prestazioni complessive;
- c. se l’operatività del sistema di gestione certificato contribuisce al conseguimento della politica e degli obiettivi dell’Organizzazione.

Prima dello scadere della validità della certificazione (generalmente tra sei e un mese prima) il CAB invia all’Organizzazione una Comunicazione, con la quale si informa l’Organizzazione:

- della scadenza della certificazione;
- della necessità di presentare la Richiesta di Offerta per il rinnovo della certificazione, utilizzando l’apposito modello presente nel sito web del CAB;
- della necessità di inviare con essa una visura camerale in corso di validità (non oltre 6 mesi).

L’Organizzazione invia la Richiesta di Offerta che è processata dal CAB per verificarne la completezza. Egli predispose l’Offerta – Contratto e svolge tutte le attività relative con le stesse modalità già descritte per la certificazione iniziale come riportato nei precedenti paragrafi.

L’Organizzazione deve confermare l’intenzione di rinnovare la certificazione attraverso l’invio dell’Offerta – Contratto controfirmata per accettazione. I giorni/uomo da prevedere per tali attività vengono stabiliti in conformità a quanto previsto nella nell’Annex A e B della Guida IAF MD 5.

Il certificato di rinnovo porterà lo stesso codice di identificazione aggiornato nella data.

L’audit di rinnovo si svolge con le stesse modalità descritte nel presente Regolamento per l’audit di certificazione, previo esame della documentazione.

12.3 Informazioni per il Rilascio del Rinnovo della Certificazione

Il CAB decide circa il rinnovo delle certificazioni con le stesse evidenze e modalità già descritte precedentemente per gli Audit di Certificazione Iniziale, con l’aggiunta che il Comitato di Delibera decide anche sulla base di dei risultati del riesame del sistema nell’arco del periodo di certificazione e sui reclami.

Quando le attività di rinnovo della certificazione sono completate con successo prima della data di scadenza della certificazione in essere, la data di scadenza della nuova certificazione può essere basata sulla data di scadenza della certificazione precedente. La data di emissione corrente del nuovo certificato sarà corrispondente o successiva alla decisione di certificazione.

Se il CAB non ha completato l’audit di rinnovo della certificazione o non è in grado di verificare l’attuazione delle correzioni e delle azioni correttive per ogni eventuale non conformità maggiore, prima della data di scadenza della certificazione, allora il rinnovo della certificazione non sarà approvato e la validità della certificazione non sarà prorogata.

Nel caso in cui le attività di Rinnovo della Certificazione (audit e delibera) non siano completate entro la data di scadenza del certificato, lo stesso potrà mantenere la continuità, indicando sul certificato il periodo di non validità, nel caso in cui la verifica e la delibera siano completate entro un anno dalla scadenza. Oltre tale data sarà necessario avviare un nuovo iter di certificazione. Se le attività di rinnovo vengono completamente effettuate e terminate entro i primi sei mesi, la durata dell’audit sarà pari a quella di rinnovo, mentre se le attività di rinnovo vengono completamente effettuate e terminate oltre i sei mesi ma entro un anno dalla scadenza della certificazione, la durata della verifica di rinnovo è pari ad un audit di stage 2 (e come minimo non inferiore alla durata di un rinnovo).

13 AUDIT SPECIALI

13.1 Estensione del Campo di Applicazione

L’estensione della certificazione può riguardare la norma; le attività; le unità operative certificate.

Per avviare l’iter di estensione del campo di applicazione di una certificazione già rilasciata, l’Organizzazione licenziataria deve presentare una formale richiesta indicando l’oggetto dell’estensione, a seguito della quale il CAB provvede all’effettuazione di un riesame della domanda e stabilisce le attività di audit necessarie per decidere se possa essere, o meno, concessa. Il CAB può decidere di:

- effettuare un esame della documentazione del sistema di gestione;

- effettuare un’Audit Supplementare (tale attività può essere effettuata unitamente ad un audit di sorveglianza. Nel caso non sia possibile, per esigenze dell’Organizzazione effettuare l’Audit Supplementare in occasione della sorveglianza o perché la richiesta di estensione è a cavallo di due audit di sorveglianza, questo sarà svolto limitatamente all’oggetto dell’estensione della certificazione);
- richiedere la presentazione di una nuova domanda di certificazione (Richiesta d’Offerta, vedi § 9.2.1). L’Offerta per l’estensione è calcolata sulla base di quanto previsto dal Tariffario.

Nel caso in cui l’analisi della documentazione e/o l’audit abbiano esito positivo, il CAB rilascia un nuovo certificato. Limitatamente al Settore IAF 28 ed alla sola fase di certificazione, nell’ipotesi in cui l’Organizzazione cui è stata ridotto lo scopo della certificazione a causa dell’indisponibilità del cantiere e che comunque sia potenzialmente in grado, da cantieri chiusi e da esiti di audit di conseguire la certificazione anche per le attività non verificate, ai fini dell’estensione è sufficiente effettuare un semplice audit in campo nel momento in cui il cantiere si renda disponibile.

13.2 Audit con Breve o Senza Preavviso

Può essere necessario eseguire audit con breve preavviso o senza preavviso ad Organizzazioni certificate per indagare sui reclami (vedere § 18.2), o in seguito a modifiche (vedere § 17.3) o come azione conseguente nei confronti delle Organizzazioni cui è stata sospesa la certificazione (vedere § 15.2). Audit con Breve Preavviso possono essere disposti anche a seguito di specifica richiesta di ACCREDIA e condotti sia dal CAB che direttamente da ACCREDIA presso le Organizzazioni certificate ed in tal caso si applica un preavviso minimo di 5 giorni lavorativi. In entrambi i casi il CAB:

- a. ha reso noto in anticipo alle Organizzazioni certificate, tramite il presente paragrafo le condizioni in base alle quali sono eseguite queste visite con breve preavviso, sanzioni comprese;
- b. pone particolare cura nella designazione del gruppo di audit a causa della mancanza di possibilità, da parte dell’Organizzazione, di avanzare obiezioni sui membri del gruppo stesso. Normalmente, sono nominati auditor già incaricati presso quell’Organizzazione, per i quali non sono pervenute motivate ricusazioni e dai Questionari di Soddisfazione compilati dall’Organizzazione non risulti alcun appunto negativo. Pertanto, il non invio dei Questionari di Soddisfazione al CAB comporta in automatico la non possibilità della ricusazione e quindi l’automatica accettazione del gruppo di audit.

L’Organizzazione ha l’obbligo di consentire l’accesso al gruppo di Audit pena la sospensione della certificazione nel caso di indagine su reclami e modifiche e pena la revoca nei casi di indagine a valle della sospensione. Le spese di tale attività saranno a carico del CAB se l’esito dell’audit accerta mancanza di dolo o di rilevi, saranno a carico dell’Organizzazione negli altri casi. La durata di tali audit sarà pari al massimo alla durata di un audit di sorveglianza e la tariffa applicata è equivalente al costo dei giorni/uomo previsti in Offerta (solo in caso di esito negativo).

In particolare, relativamente alle variazioni nella struttura organizzativa e/o proprietaria e/o nel sistema di gestione dell’Organizzazione, possono essere effettuati sia audit supplementari sia con breve preavviso, in funzione dei dati disponibili presso il CAB circa la correttezza storica di comportamento dell’Organizzazione, delle reali problematiche del caso in esame, ecc.

13.3 Audit speciali svolti da Accredia

ACCREDIA può disporre nei confronti di un’ Organizzazione delle attività di audit speciali senza o con breve preavviso a seguito dell’identificazione di situazioni critiche, sia direttamente da parte di ACCREDIA, sia a fronte di segnalazioni e/o reclami scritti e oggettivamente motivati, pervenuti ad ACCREDIA, o di situazioni inadeguate delle quali ACCREDIA viene comunque a conoscenza, sempre sulla base della programmazione ricevuta dal CAB stesso.

ACCREDIA può utilizzare lo strumento di Market Surveillance, audit condotto presso l’organizzazione certificata direttamente da personale dell’Ente di Accreditamento. Questa attività di verifica non coincide con una attività di sorveglianza o rinnovo, ma è una giornata a sé stante che non ha alcun costo per l’organizzazione scelta. L’organizzazione oggetto dell’attività di Market Surveillance è scelta direttamente dall’Ente di Accreditamento, in base ad alcuni fattori di rischio (es: scopo del certificato, dimensioni dell’azienda, sede, gruppo di verifica). Gli eventuali rilievi che dovessero emergere seguono la classificazione già nota (NC, OSS, COM). Qualora l’Organizzazione non conceda il proprio benessere, la validità del certificato è sospesa fino a quando non viene concesso il benessere alla verifica, per un periodo massimo di 3 mesi. Scaduti i 3 mesi, in assenza di benessere alla verifica, la certificazione viene revocata. Si fa presente che, in tali casi, l’organizzazione non potrà effettuare il trasferimento della certificazione presso altri CAB, non potendosi applicare il documento IAF MD 2 Transfer of Accredited Certification of Management Systems, che disciplina i casi di sospensione o revoca di un certificato motivata dal rifiuto a consentire lo svolgimento della Market Surveillance Visit (IAF MD 2 § 2.3.2).

ACCREDIA può condurre presso le Organizzazioni clienti del CAB un mystery audit (cfr. REG 01 rev.4 par 0.4) effettuato da uno o più auditor opportunamente formati per simulare il comportamento e le azioni di un cliente potenziale o reale di un'organizzazione che eroga servizi, senza farsi riconoscere come tale dal personale della stessa, con lo scopo di valutare la qualità del servizio, compresi gli eventuali prodotti associati.

ACCREDIA inoltre può legittimamente verificare autonomamente le informazioni ricevute da un CAB, per esempio contattando gli auditor del CAB o una organizzazione verificata dal CAB, durante o anche dopo la verifica e può condurre direttamente una verifica presso una organizzazione, diversa dal CAB, cui il CAB abbia subappaltato delle attività. Gli eventuali rilievi saranno ovviamente a carico del CAB, e non dell'organizzazione terza. In altre parole, ACCREDIA potrà condurre audit direttamente per esempio su società di auditing.

13.4 Audit da remoto

Su esplicita richiesta dell' Organizzazione, il Responsabile di schema provvede, secondo le procedure interne, a contattare telefonicamente l'azienda ed il gruppo di audit al fine di programmare l'audit da remoto nel rispetto del programma di audit dell'azienda in oggetto a seguito di manifesta volontà a non eseguire l'audit on-site.

Il Responsabile di Schema raccoglie telefonicamente e registra le motivazioni che hanno spinto l'azienda e/o gli auditor del CAB a non fornire la propria disponibilità ad eseguire l'audit on site nei tempi e nei modi stabiliti dal programma di audit.

Il Responsabile di Schema, ai sensi del § 3 del documento IAF MD 04, effettua contestualmente una valutazione dei rischi/fattibilità connessi con la possibilità di effettuare un audit da remoto secondo quanto definito dal documento IAF MD 04 e la disponibilità, da parte dell'azienda e degli auditor del CAB, di idonei mezzi informatici di comunicazione, quali ad esempio computer, webcam, software specifici (es.: Skype) e identificativi dell'account da utilizzare per il collegamento, per poter valutare ogni processo e area aziendale.

L'audit, quindi, viene condotto mediante riunioni in videoconferenza utilizzando specifici software, quali ad esempio Skype. Con la videoconferenza verranno intervistate persone e verificati i processi operativi (osservazione mediante webcam) mentre, attraverso le mail o metodi alternativi (es.: condivisione schermo su Skype), gli auditor richiederanno di ricevere/leggere copia dei necessari documenti da valutare.

Al fine di mitigare il rischio connesso allo svolgimento di continui audit da remoto, gli audit da remoto possono essere svolti per un massimo di due audit consecutivi.

Nel caso in cui l'audit da remoto non raggiunga completamente lo scopo e coperto tutti gli obiettivi di audit come da programma, anche a causa di problematiche tecniche (es.: connessione internet) o di qualsivoglia natura, il RGVI concorda un nuovo incontro da remoto da effettuarsi entro pochi giorni dal primo audit da remoto. L'audit può essere interrotto e ripreso successivamente così da rispettare i tempi complessivi di audit che si mantengono comunque pari a quelli definiti contrattualmente.

14 USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO

14.1 Generalità

L'Organizzazione licenziataria può richiedere il logo del CAB e quindi utilizzarlo, con il relativo Certificato o le diciture, per dimostrare la conformità del proprio sistema di gestione alla normativa di riferimento o per scopi pubblicitari, coerentemente a quanto prescritto nel presente Regolamento. Il logo è il mezzo di identificazione del CAB ed è di proprietà esclusiva dello stesso. Riportando esso, per esteso il nominativo del CAB, risulta rintracciabile attraverso l'elenco dei CAB accreditati sul sito web www.accredia.it. Inoltre, riportando le diciture sotto precisate, non può dare adito ad ambiguità circa l'oggetto della certificazione né sul CAB che l'ha rilasciata.

Il logo può essere utilizzato nella versione a colori o in bianco e nero.

Obbligatoriamente il logo deve essere seguito (come da esempio seguente) dalle diciture:

- “Organizzazione con Sistema di Gestione per la Qualità, Certificato UNI EN ISO 9001:2015
- Organizzazione con Sistema di Gestione per la Qualità, Certificato UNI ISO 21001:2019
- Organizzazione con Sistema di Gestione Anticorruzione, Certificato, UNI ISO 37001:2016
- Organizzazione con Sistema di Gestione per la Parità di Genere, Certificato UNI/PdR 125:2022

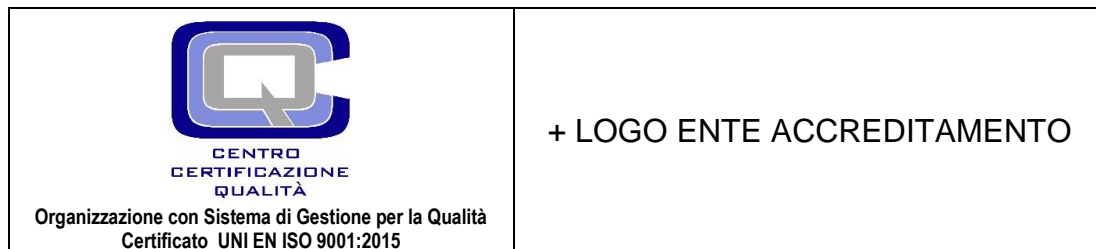
Il numero di certificato è comunicato dal CAB contestualmente all'esito della delibera del Comitato di Delibera. Le misure massime di riproduzione del logo sono: altezza 40 mm e larghezza 40 mm.

Il logo di CCQ a colori dovrà rispettare i seguenti requisiti:
 colore del logotipo in blu Pantone n° 072 CVC per le linee esterne (lettera “C” esterna) e la scritta “Centro Certificazione Qualità”, in blu Pantone n° 2716 CVC per le linee intermedie (lettera “C” intermedia) e Cool Gray Pantone n° 5 CVC per la lettera Q interna. Nel caso in cui l’Organizzazione riporti il marchio del CAB su documenti non stampati in quadricromia, tale riproduzione può essere effettuata solo in colore nero uniforme, a condizione che per lo stesso risultino chiaramente distinguibili le linee/lettere del pittogramma.
 Si riporta di seguito l’esempio di logo a colori secondo la ISO 9001:



Organizzazione con Sistema di Gestione per la Qualità
 Certificato UNI EN ISO 9001:2015

Le Organizzazioni il cui certificato riporti anche il logo ACCREDIA possono utilizzare tale riferimento (sia nella versione a colori che in bianco e nero) in abbinamento al logo del CAB come negli esempi sotto riportati. Obbligatoriamente il logo deve essere seguito dalle diciture:



Le regole per l’utilizzo del logo ACCREDIA sono definite nel relativo Regolamento per l’Uso del Marchio ACCREDIA “RG-09” disponibile sul sito web www.accredia.it nella revisione corrente.

Per lo schema di certificazione UNI/PdR 125:2022, accanto al logo di CCQ, il cliente dovrà inserire anche il logo di UNI “Organizzazioni”, le cui regole per l’utilizzo sono definite sul sito www.uni.com.

Nella composizione grafica, vanno rispettate le proporzioni stabilite dalle dimensioni di riferimento di cui alle sopra riportate figure. In ogni caso, le dimensioni del logo ACCREDIA (in orizzontale e verticale) non devono mai risultare superiori alle corrispondenti dimensioni del logo del CAB. Per applicazioni di carattere documentale, i loghi possono essere ridotti, nel rispetto delle esigenze di leggibilità e mantenendo il rapporto delle dimensioni di cui sopra. Parimenti, per applicazioni su “superfici” di grandi dimensioni, i due loghi abbinati possono essere ingranditi, sempre mantenendo il rapporto delle dimensioni come sopra. In alternativa alla composizione grafica di cui alle figure sopra riportate, è applicabile la versione semplificata con scritta “Organismo accreditato da ACCREDIA” da applicare in orizzontale o verticale nelle immediate adiacenze del logo del CAB; le dimensioni della scritta non devono eccedere (in orizzontale e verticale) i corrispondenti spazi occupati dal logo del CAB stesso. La certificazione di un sistema di gestione non si estende ai beni prodotti o ai servizi erogati, pertanto, il licenziatario deve pubblicizzare la certificazione in modo da non generare equivoci nel mercato. Il logo del CAB può essere utilizzato su diversi supporti rispettando le limitazioni di seguito riportate, per garantire che non sia interpretato come indicazione di conformità del prodotto:

<ul style="list-style-type: none"> • Prodotto • Imballaggio primario • Documentazione tecnica di prodotto 	<ul style="list-style-type: none"> • Altri Imballaggi escluso il primario 	<ul style="list-style-type: none"> • Sito web • Carta intestata • Pubblicità • Depliant e listini • Veicoli da lavoro • Edifici • Abiti da lavoro
non consentito	consentito	consentito

È considerato come imballaggio tutto ciò che può essere rimosso senza che il prodotto venga disintegrato o danneggiato. Sono considerate informazioni di accompagnamento ciò che è disponibile separatamente ovvero facilmente separabile. La dichiarazione non deve sottintendere in alcun modo che il prodotto, processo o servizio sia certificato attraverso i mezzi di cui sopra. La dichiarazione deve comprendere:

- Identificazione (per esempio marca o nome) dell’organizzazione certificata;
- Il sistema di gestione qualità e la norma di applicabile;
- L’indicazione dell’organismo Centro Certificazione Qualità Srl

NOTE:

- Se l’Organizzazione dispone di sedi/filiali/siti che non sono certificate e quindi non riportate sul certificato, deve utilizzare il logo del CAB in modo da far comprendere chiaramente quali sono le sedi/filiali/siti certificate e quelle prive di certificazione;
- sia il logo del CAB che quello ACCREDIA non possono essere apposti su rapporti di prova, su certificati di taratura e su rapporti di ispezione, in quanto la certificazione di laboratori di prova e taratura non equivale all’accreditamento in accordo alla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2015 e perché in questo contesto, tali rapporti sono considerati prodotti.

Soluzioni diverse da quelle definite in questo paragrafo devono essere preventivamente autorizzate per iscritto dal CAB.

Comunque, per ogni tipologia di utilizzo del marchio l’Organizzazione dovrà tenere copia a disposizione del CAB.

Con l’invio del certificato, il CAB invia via email i marchi succitati.

14.2 Uso Scorretto del Logo e del Certificato

Il CAB controlla l’uso del logo sia durante gli audit presso l’Organizzazione che durante le normali attività e sanziona gli impieghi non corretti o ingannevoli per salvaguardare i propri diritti. Le sanzioni/provvedimenti, nei casi di dolo accertato, sono:

1. invio all’Organizzazione di un avviso scritto con la richiesta di provvedere alle azioni correttive indicate;
2. ammonizione scritta con diffida avvertendo che in caso di recidività potrà essere convertito nel provvedimento 4) oppure 5);
3. richiesta all’Organizzazione di pubblicare la smentita o la correzione indicata, a sue spese, sugli stessi mezzi di diffusione pubblicitaria o sugli stessi documenti su cui è stata commessa l’infrazione, inviandoli ai destinatari delle informazioni errate;
4. sospensione del certificato di conformità e segnalazione nell’Elenco delle Organizzazioni Certificate, dando opportuna diffusione del provvedimento.
5. revoca del certificato di conformità e cancellazione dell’Organizzazione dall’Elenco delle Organizzazioni Certificate, dando opportuna diffusione del provvedimento.

L’uso del certificato è giudicato scorretto quando può trarre in inganno i destinatari sul reale contenuto delle informazioni in esso riportate. In particolare, tale uso è considerato scorretto quando:

- la certificazione non sia stata ancora concessa oppure sia stata revocata, sospesa o scaduta;
- la certificazione sia utilizzata o pubblicizzata fuori dal suo campo di applicabilità, sia riferita cioè ad attività/siti/sistemi non coperti dalla certificazione;
- l’Organizzazione ometta di attuare le prescrizioni emanate dal CAB in accordo al presente Regolamento nel fare riferimento allo stato della propria certificazione nei mezzi di comunicazione quali internet, materiale pubblicitario o altri documenti; l’Organizzazione faccia, o consenta, affermazioni che possano trarre in inganno riguardo la propria certificazione;
- l’Organizzazione utilizzi, o consenta l’utilizzo, di un documento di certificazione o di ogni sua parte, in modo da poter trarre in inganno;
- l’Organizzazione non interrompa l’utilizzo di tutti i materiali pubblicitari che fanno riferimento alla certificazione, nel caso di sospensione o di revoca della certificazione, come richiesto dal CAB (vedere 8.1.2 sottopunto 6);
- l’Organizzazione non rettifichi tutti i materiali pubblicitari qualora il campo di applicazione della certificazione sia stato ridotto;
- l’Organizzazione consenta che i riferimenti alla certificazione del suo sistema di gestione siano utilizzati in modo tale da far intendere che l’organismo di certificazione certifichi un prodotto (compreso un servizio) o un processo;

- l'Organizzazione lasci intendere che la certificazione si applichi ad attività che sono fuori dal campo di applicazione della certificazione;
- utilizzi la propria certificazione in modo tale da poter danneggiare la reputazione dell'organismo di certificazione e/o del sistema di certificazione e compromettere la fiducia del pubblico;
- il logo del CAB sia utilizzato in modo da essere interpretato come marchio di conformità a norme tecniche di prodotto;
- il logo del CAB sia apposto su “rapporti di prova/taratura/ispezione” emessi dall'Organizzazione;
- l'Organizzazione abbia rinunciato alla certificazione (secondo § 16);
- l'Organizzazione apporti al suo sistema di gestione una modifica non accettata dal CAB;
- l'Organizzazione ometta di rispettare requisiti di prodotto cogenti per leggi e regolamenti;
- in tutte le altre circostanze suscettibili di influire negativamente sul suo sistema di gestione.

14.3 Cessazione delle Certificazioni

Nei casi di sospensione, revoca o rinuncia alle certificazioni, così come descritto al § 15 e 16, l'Organizzazione si impegna a sospendere immediatamente l'uso del logo, dei riferimenti alla certificazione ed a restituire il certificato.

15 SOSPENSIONE, REVOCA O RIDUZIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE

15.1 Generalità

La politica del CAB circa Sospensione, Revoca o Riduzione del Campo di Applicazione della Certificazione, è documentata secondo quanto appresso riportato.

15.2 Sospensione

La sospensione della certificazione può essere disposta fino a 6 mesi, per le seguenti motivazioni:

il sistema di gestione certificato dell'Organizzazione abbia mancato, in modo persistente o grave, di rispettare i requisiti della certificazione, compresi i requisiti relativi all'efficacia del sistema di gestione, equivalente a:

- ✓ Non Conformità riscontrate in visite di sorveglianza/estensione/rinnovo;
- ✓ elevato numero di Osservazioni tali da mettere in discussione la conformità e l'efficacia del sistema;
- ✓ mancato rispetto dei requisiti cogenti di prodotto/servizio;
- ✓ mancata adozione delle correzioni e/o delle azioni correttive nei tempi concordati;
- ✓ mancato adeguamento, entro i termini stabiliti, da parte del richiedente/licenziatario del proprio sistema di gestione alle modifiche della norma e/o regole di certificazione;
- ✓ mancata gestione dei reclami e/o segnalazioni connesse con carenze del sistema di gestione;
- ✓ correzioni non soddisfacenti dell'uso improprio della certificazione, del logo e del certificato del CAB;
- ✓ inosservanza degli impegni descritti nel presente Regolamento;
- ✓ comportamenti scorretti e lesivi dell'immagine degli auditor del CAB;
- ✓ coinvolgimento in procedimenti giudiziari tali da compromettere la conformità e l'efficacia del sistema di gestione;
- ✓ decisioni del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità o di ACCREDIA a seguito comunicazione di cui al § 8.1.1 sottopunto 13;
- ✓ l'Organizzazione certificata non consenta lo svolgimento degli audit di sorveglianza o di rinnovo della certificazione, oppure non consenta la presenza dell'auditor del ACCREDIA o del membro del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità durante l'audit;
- ✓ l'Organizzazione certificata non comunica intenzione e modalità di modifica del sistema di gestione e/o altre modifiche quali: cambio di sede legale e/o operativa, denominazione sociale, tipologia societaria, ecc.;
- ✓ l'Organizzazione certificata non provvede ad informare il CAB circa fatti che possano inficiare l'efficacia e/o l'affidabilità del sistema certificato;
- ✓ eventuali condizioni dettagliate sul certificato non siano rispettate dall'Organizzazione;
- ✓ l'Organizzazione certificata abbia richiesto volontariamente la sospensione.

Nei succitati casi il CAB invia all'intestatario un richiamo scritto, invitandolo a regolarizzarsi entro 15 giorni lavorativi.

In mancanza di riscontro o nel caso che le necessarie azioni correttive non siano intraprese dall'Organizzazione, il CAB provvede alla sospensione della certificazione. La sospensione della certificazione (che comporta la temporanea non validità della stessa) è notificata all'Organizzazione con lettera raccomandata R.R., per decisione e a firma dell'Amministratore Unico, indicando il motivo della sospensione e le scadenze temporali entro cui attuare le azioni correttive richieste. Relativamente ai sottopunti: 1 (solo per estensioni e rinnovi) e 2 tale sanzione è comminata previa delibera del Comitato di Delibera.

A seguito della sospensione l'Organizzazione deve:

- cessare l'utilizzazione del logo CAB/ACCREDIA e dei riferimenti alla certificazione;
- astenersi dal pubblicizzare ulteriormente la certificazione.

Lo stato di sospensione dei certificati è disponibile su richiesta di terzi e comunque, il CAB può rendere pubblica la sospensione con le modalità che ritiene più opportune.

Inoltre, esse sono comunicate:

- a ACCREDIA nei tempi e modi da questo stabiliti specificando i motivi del provvedimento deciso.
- all'Autorità di Vigilanza sui Lavori Pubblici con i tempi e le modalità da questa stabiliti (solo per le Organizzazioni appartenenti al settore IAF 28, area tecnica costruzioni ed impiantistica).

Le spese sostenute dal CAB per eventuali verifiche originate da provvedimenti di sospensione sono a carico dell'Organizzazione. La sospensione della certificazione può essere parziale o globale (es. quando riguarda alcune o tutte le sedi/filiali/stabilimenti di un'Organizzazione) o può essere per intero o per una parte (es. quando riguarda tutta o solo una parte dell'attività oggetto della certificazione).

Se l'Organizzazione non risolve, nel tempo stabilito dal CAB le problematiche oggetto della sospensione, il CAB provvede a sanzionare tramite revoca o riduzione dello scopo di certificazione.

L'Organizzazione può formalmente richiedere la revoca della sospensione quando ritiene che non vi siano più le condizioni. Il periodo di sospensione non può essere superiore a 6 mesi. La decisione della sospensione è evidenziata sul Verbale di delibera del Comitato di Delibera.

15.3 Revoca

La certificazione è revocata dall'Amministratore Unico nei seguenti casi:

- persistere, oltre i tempi di cui al precedente § 15.2, delle cause che hanno portato alla sospensione della certificazione;
- reiterata indisponibilità ad acconsentire l'audit da parte del personale del CAB e/o del ACCREDIA e/o del membro del Comitato per la Salvaguardia dell'Imparzialità nella quale viene ricompresa anche la mancata risposta a più solleciti di comunicazione dei cantieri aperti;
- ripetuta inosservanza degli impegni assunti con il CAB per porre rimedio alla carenza del sistema di gestione per la Qualità riscontrate e segnalate nel corso degli audit;
- cessazione delle attività oggetto di certificazione per un periodo di tempo superiore a 12 (dodici) mesi;
- gravi violazioni o irregolarità nell'utilizzo del certificato e del logo di certificazione;
- persistenza della condizione di morosità per oltre 1 (un) mese dal ricevimento della diffida/sollecito inviata dal CAB per lettera R.R ed in ogni caso entro 120 giorni solari dall'emissione della fattura (solo per audit di mantenimento, sono esclusi audit di certificazione e rinnovo per i quali i pagamenti devono essere effettuati prima di alcune attività, come evidenziato nel diagramma di flusso di cui al § 9.1);
- altre violazioni gravi del contratto e del Regolamento;
- fallimento o liquidazione dell'Organizzazione;
- accertata inosservanza della normativa cogente con particolare riferimento ad eventuali procedimenti giudiziari e/o amministrativi passati in giudicato;
- mancato adeguamento del sistema di gestione per la qualità alle modifiche del presente Regolamento;
- rinuncia alla procedura di arbitrato in caso di contenziosi.

La revoca è, invece, deliberata dal Comitato di Delibera, su proposta dell'Amministratore Unico, nei seguenti casi:

- cessione ad altra Organizzazione del ramo d'azienda preposto allo svolgimento delle attività rientranti nello scopo della certificazione;
- fusione con altra/e Organizzazione/i;
- scissione;

- conferimento in toto dell’azienda ad altra Organizzazione.

In particolari situazioni di urgenza l’Amministratore Unico può procedere direttamente alla revoca della certificazione, salvo ratifica del Comitato di Delibera, alla prima riunione utile dello stesso, previa comunicazione al Comitato per posta elettronica, dei motivi della revoca utilizzando l’istituto del silenzio assenso entro 5 giorni lavorativi dalla comunicazione. La revoca della certificazione può essere parziale o globale (es. quando riguarda alcune o tutte le sedi/filiali/stabilimenti di un’Organizzazione) o può essere per intero o per una parte (es. quando riguarda tutta o solo una parte dell’attività oggetto della certificazione). La revoca della certificazione è notificata all’Organizzazione con lettera raccomandata R.R. con l’indicazione delle ragioni del provvedimento adottato. Inoltre il CAB provvede alla cancellazione dell’intera Organizzazione o soltanto dei siti interessati, dall’Elenco delle Organizzazioni Certificate, oppure alla modifica dell’oggetto della certificazione. Su richiesta di qualsiasi parte, il CAB fornisce l’Elenco delle Organizzazioni Certificate su formato cartaceo dal quale di evince il corretto stato di certificazione delle Organizzazioni (Attivo/Sospeso/Revocato) Le revocche del certificato sono comunicate:

- ad ACCREDIA nei tempi e modi da questo stabiliti specificando i motivi del provvedimento deciso.
- all’Autorità di Vigilanza sui Lavori Pubblici con i tempi e le modalità da questa stabiliti (solo per le Organizzazioni appartenenti al settore IAF 28, area tecnica costruzioni ed impiantistica).

A seguito della revoca, l’Organizzazione deve:

- restituire l’originale/i del certificato/i di conformità;
- non utilizzare le copie e riproduzioni del certificato/i;
- cessare l’utilizzazione del logo e dei riferimenti alla certificazione;
- astenersi dal pubblicizzare ulteriormente la certificazione.

L’Organizzazione cui è stata ritirata la certificazione può ripresentare domanda di certificazione solo dopo 1 (uno) anno dalla data di revoca e ciò soltanto a seguito della dimostrazione che sono già stati portati a termine efficacemente i provvedimenti che il CAB ha ritenuto idonei ad evitare il ripetersi delle condizioni che avevano dato luogo al provvedimento.

15.4 Riduzione

La riduzione della certificazione può riguardare la norma; le attività; le unità operative certificate. La riduzione della certificazione è effettuata su specifica richiesta dell’Organizzazione, o su decisione del CAB.

Per avviare l’iter, il licenziatario deve presentare una formale richiesta indicando l’oggetto della riduzione, a seguito della quale il CAB può decidere di:

- effettuare un esame della documentazione del sistema di gestione;
- effettuare un Audit Supplementare;
- richiedere la presentazione di una nuova domanda di certificazione (vedi § 9);
- accordare semplicemente la riduzione sulla base dell’analisi della documentazione (richiesta di riduzione).

L’offerta economica per la riduzione è calcolata sulla base di quanto previsto dal tariffario. Nel caso in cui l’analisi della documentazione e/o l’audit abbiano esito positivo, il CAB rilascia un nuovo certificato.

Tali riduzioni sono decise dall’Amministratore Unico.

La riduzione della certificazione può essere disposta anche dal CAB nel caso:

- di modifiche apportate al sistema di gestione (vedi § 17.3).
- l’Organizzazione non sia più attiva per il prodotto/servizio oggetto della certificazione o parte di esso;
- l’Organizzazione non risulti più conforme per una parte del campo di applicazione.

Tali riduzioni sono sottoposte a delibera del Comitato di Delibera.

16 RINUNCIA ALLA CERTIFICAZIONE

Il rapporto contrattuale instaurato tra l’Organizzazione ed il CAB ha durata triennale a decorrere dalla data del rilascio della certificazione. Esso viene rinnovato per la stessa durata con le modalità di cui al § 12.2 e 12.3.

CENTRO CERTIFICAZIONE QUALITÀ S.r.l.

Sede Legale ed Operativa: Via Barracco, 29 – 81027 San felice a Cancellò (CE)

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

email info@centrocert.it – sito web www.centrocert.it

L'Organizzazione può rinunciare alla certificazione presentando una richiesta scritta (tramite lettera raccomandata R.R.), motivando le ragioni della richiesta ed impegnandosi, comunque, a pagare gli importi relativi a fasi già portate a conclusione dal CAB. La rinuncia può avvenire anche a seguito della mancata accettazione delle modifiche di cui al § 17.1 e 17.2 del presente Regolamento, mediante comunicazione scritta entro 1 (uno) mese dalla notifica delle modifiche stesse. La rinuncia diventa effettiva 15 giorni (lavorativi) dopo la comunicazione di accettazione del CAB. La rinuncia alla certificazione comporta da parte dell'Organizzazione:

- la restituzione dell'originale/i del certificato/i;
- il non utilizzo delle copie e/o riproduzioni del certificato;
- la cessazione dell'utilizzazione del logo e dei riferimenti alla certificazione.

CAB provvede alla cancellazione dell'Organizzazione dall'Elenco delle Organizzazioni Certificate ed a rendere pubblico, secondo le modalità ritenute più opportune, il provvedimento adottato. I nominativi dei licenziatari che hanno rinunciato alla certificazione sono trasmessi, entro 30 giorni, a ACCREDIA con l'indicazione delle ragioni (se note) della rinuncia. Qualora l'Organizzazione certificata intenda rinunciare alla certificazione prima dell'audit di ricertificazione, tale situazione è comunicata a ACCREDIA il quale provvederà a fornire le disposizioni del caso, quali, ad esempio: l'obbligo di procedere ad un audit di III sorveglianza con un tempo pari a 1/3 del tempo speso nell'audit di prima certificazione o l'obbligo di revoca immediata della certificazione, nel caso in cui l'Organizzazione non intenda sottoporsi a detto audit.

17 NOTIFICA DI MODIFICA DEI REQUISITI DI CERTIFICAZIONE

17.1 Notifica di Modifiche alle Norme per la Certificazione dei Sistemi di Gestione da Parte del CAB

Le modifiche dei requisiti della certificazione, conseguenti a variazioni delle norme di riferimento per la certificazione dei sistemi di gestione, sono tempestivamente comunicate per iscritto dal CAB ai richiedenti/licenziatari, con l'indicazione della data in cui entreranno in vigore.

Tutte le Organizzazioni che sono sottoposte ad audit nei primi 6 mesi dalla data di entrata in vigore di cui sopra saranno verificate a fronte della vecchia o della nuova norma in funzione della richiesta dell'Organizzazione. L'adeguamento alla nuova norma è obbligatorio per il successivo audit.

Tutte le Organizzazioni che sono sottoposte ad audit successivamente ai 6 mesi dalla data di entrata in vigore saranno verificate con la nuova norma. Quanto sopra, salvo diverse disposizioni di ACCREDIA.

Le Organizzazioni possono chiedere, per iscritto, informazioni e chiarimenti a cui il CAB risponderà per iscritto. Particolari situazioni che richiedono tempi di attuazione imposti dal ACCREDIA sono indicate per iscritto dal CAB.

17.2 Notifica di Modifiche al Regolamento da Parte del CAB

Le modifiche, conseguenti alle variazioni delle norme di accreditamento degli Organismi e/o del sistema di gestione del CAB, descritto nel presente Regolamento, sono comunicate ai richiedenti/licenziatari, i quali possono comunicare per iscritto i loro pareri o richiedere chiarimenti entro 30 giorni lavorativi dalla data di notifica delle modifiche.

Relativamente alle Organizzazioni che non hanno formulato rilievi vige il principio del silenzio-assenso per cui le modifiche si intendono accettate. Allo scadere dei 30 giorni il CAB effettua una valutazione dei pareri e/o delle richieste di chiarimenti pervenuti provvedendo, relativamente ai pareri, a modificare il Regolamento se congruente con le norme in vigore e, relativamente ai chiarimenti a rispondere per iscritto. Una volta recepiti i pareri, quando applicabili, il CAB provvede alla distribuzione del nuovo Regolamento ai richiedenti/licenziatari, specificando che la data di entrata in vigore è quella riportata sulla lettera di accompagnamento.

Le Organizzazioni possono adeguarsi alle nuove prescrizioni entro il termine di 3 mesi solari dalla comunicazione suddetta oppure rinunciare alla certificazione secondo le modalità indicate al § 16 del presente Regolamento. Particolari situazioni, che richiedono diversi tempi di attuazione imposti dal ACCREDIA, sono indicate dal CAB.

Il CAB verificherà nell'audit iniziale, o nella prima sorveglianza utile, o in occasione del rinnovo della certificazione, che le Organizzazioni abbiano recepito le nuove disposizioni, fatte salve situazioni per le quali potrà richiedere documentazione da esaminare o un audit supplementare.

17.3 Notifica di Modifiche Apportate dall'Organizzazione Certificata

L'Organizzazione, come richiesto al § 8.1, deve notificare nel termine di 60 gg. dall'avvenuta modifica al proprio sistema di gestione ed ogni altra modifica significativa che possa comprometterne la conformità.

A puro titolo indicativo e non esaustivo si citano:

1. modifiche dei requisiti esclusi (rispetto al manuale approvato);
2. modifiche nella gestione dei processi affidati all'esterno (rispetto al manuale approvato);
3. variazione della composizione proprietaria;
4. trasferimento delle attività a terzi sia a titolo oneroso che gratuito (es. cessione/affitto del ramo d'azienda o conferimento totale, ecc. Per i dettagli vedere § 20);
5. variazione della ragione sociale e/o dell'oggetto sociale limitatamente alle attività certificate (per i dettagli vedere § 20);
6. variazione degli assetti organizzativi (in termini quantitativi e di competenze) e/o tecnici relativi ai processi principali di produzione/erogazione (tecnologie e tecniche produttive).

In particolare le modifiche di cui ai punti 1) e 2) non devono essere attuate senza la preventiva autorizzazione scritta del CAB. L'Organizzazione deve inviare una copia del Manuale specificando le modifiche che intende apportare e le relative motivazioni. Dall'esame della documentazione e dalla natura delle modifiche richieste, il CAB può decidere di approvarle direttamente oppure di richiedere:

- un'integrazione di dati, documenti e informazioni;
- un esame completo della documentazione del sistema di gestione;
- un Audit Supplementare;
- la presentazione di una nuova Richiesta di Offerta di certificazione (vedi § 9.2.1).

CAB comunica per iscritto all'Organizzazione, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta d'approvazione delle modifiche, le azioni che intende intraprendere. Le spese per le eventuali azioni di verifica sono a carico dell'Organizzazione. La titolarità della certificazione può essere trasferita ad altro soggetto giuridico (es. variazione della ragione sociale, cessione/affitto del ramo d'azienda o conferimento totale) soltanto previa valutazione del mantenimento delle condizioni richieste per la certificazione nei termini sopra esposti.

Eventuali modifiche, anche formali, richieste dall'Organizzazione a certificati emessi dal CAB comportano l'emissione di un nuovo certificato e un addebito fisso per spese amministrative.

18 GESTIONE RICORSI, RECLAMI E CONTENZIOSI

18.1 Ricorsi

Il ricorso si applica al caso in cui un'Organizzazione intenda ricorrere contro una qualsiasi decisione presa nei suoi confronti. Il ricorso, che non sospende il provvedimento/la sanzione, deve essere presentato con lettera raccomandata R.R. entro 10 (dieci) giorni lavorativi, dalla notifica del/della provvedimento/sanzione. Il responsabile della gestione dei ricorsi è il Legale Rappresentante / Amministratore Unico del CAB.

Il CAB conferma, per iscritto, il ricevimento del ricorso e nella stessa lettera, comunica all'Organizzazione i nominativi dei componenti interessati alla supervisione della pratica.

L'attivazione eventuale del Comitato per la Salvaguardia dell'imparzialità garantisce indipendenza, imparzialità e non coinvolgimenti precedenti nei contenuti del ricorso e, soprattutto, che non vi siano azioni di natura discriminatoria nei confronti del ricorrente. L'Amministratore Unico decide, valutando tutto l'iter di ricezione, validazione ed esame del ricorso da parte del CAB e tenendo presente gli esiti di ricorsi simili, antecedenti. Inoltre, l'approvazione della procedura di gestione dei ricorsi garantisce, la loro registrazione, rintracciabilità, le azioni per risolverli e l'adozione di correzioni e/o azioni correttive appropriate. L'Organizzazione può avanzare obiezioni in merito alla composizione del gruppo dei membri che supervisionano il ricorso presentato. Nel caso di motivazioni oggettive, è prevista la sostituzione del membro o dei membri del gruppo interessati alla ricusazione. Tale ricusazione deve essere presentata per iscritto entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento della comunicazione dei nominativi. Dopo l'analisi del ricorso e decisioni in merito da parte del Comitato, il CAB fornisce una risposta scritta all'Organizzazione ricorrente entro 3 (tre) mesi solari dalla presentazione dell'appello. Il CAB fornisce rapporti sullo stato di avanzamento del ricorso, ogni qualvolta vi siano delle modifiche sull'avanzamento stesso. Le spese relative alle attività derivanti dal ricorso sono a carico dell'Organizzazione nel solo caso in cui essa risulti parte soccombente. Maggiori dettagli sulla procedura del ricorso sono accessibili al pubblico sul sito web del CAB, riportato a piè pagina, nella procedura PSG 9.7 – 9.8/1 “Reclami, Ricorsi e Contenziosi”.

18.2 Reclami

Il CAB prende in considerazione tutti i reclami pervenuti per iscritto dai richiedenti/licenziatari o da altre parti e li gestisce in accordo ad apposita procedura, sintetizzata nel presente Regolamento pubblicato nel sito web del CAB, riportato a piè pagina. Per tutti i reclami ricevuti, il CAB provvede a confermare per iscritto il ricevimento al reclamante. Essi sono identificati e registrati in apposito registro, analizzati da tecnici che non hanno avuto alcun coinvolgimento precedente nei contenuti del reclamo stesso (tipicamente, il Responsabile Tecnico o il Responsabile Qualità) e sono verificate tutte le informazioni necessarie per valutarne la fondatezza e quindi per poterli validare. Nel caso in cui il reclamo si riveli infondato, il CAB informa per iscritto il reclamante motivando le ragioni per cui il reclamo è da considerarsi infondato. Nel caso di reclamo fondato valuta se lo stesso:

- si riferisce ad attività di certificazione di cui è responsabile e, in caso affermativo, provvede a trattarlo. Si analizzano i fatti descritti, le registrazioni, i comportamenti degli auditor, ecc. Sulla base di tali analisi, il CAB provvederà alla correzione dell’evento e, quando sono note le cause, aprirà un’azione correttiva;
- si riferisce ad un’Organizzazione certificata, provvede all’esame della pratica per verificare l’efficacia del sistema di gestione e nel contempo notifica per iscritto all’Organizzazione il reclamo, entro 5 (cinque) giorni lavorativi dal ricevimento, richiedendo alla stessa, l’attuazione di una correzione e quando applicabile, l’attuazione di un’azione correttiva che saranno valutate dal CAB;

Su richiesta, anche telefonica, da parte del reclamante, il CAB fornisce rapporti sullo stato di avanzamento del reclamo. A conclusione delle attività di cui sopra, il CAB, dopo aver comunicato per iscritto al reclamante (entro 30 giorni solari), gli esiti del processo di trattamento del reclamo valuterà con lo stesso, se, ed in caso affermativo in quale misura, il contenuto del reclamo e la sua risoluzione debbano essere resi pubblici. Eventuali reclami verbali o telefonici sono presi in considerazione, a patto che non siano anonimi e che siano seguiti comunque, da comunicazione scritta. Tutta l’attività sopra descritta è assoggettata a requisiti di riservatezza, per quanto riguarda il reclamante ed il contenuto del reclamo stesso, compatibilmente con le prescrizioni di notifica ai soggetti previsti dalla norma.

18.3 Contenziosi

Per ogni contenzioso che dovesse insorgere:

- in ordine all’interpretazione, attuazione, esecuzione, validità, efficacia e risoluzione del contratto di certificazione o per qualsiasi altra ragione (ad esempio, non soddisfacente risposta ad un ricorso) e comunque riferita al rapporto contrattuale CAB – Organizzazione;
- tra le parti, direttamente o indirettamente, per l’applicazione o per l’interpretazione del documento REG.01 “Regolamento per la Certificazione e l’uso del marchio” o per qualsiasi altra ragione,
- relativo al pagamento dei compensi e delle spese dovuti a C.C.Q. per i servizi prestati in esecuzione o comunque in relazione al contratto, nonché quelle inerenti all’uso del marchio, logotipo, nome, o altro segno distintivo del C.C.Q. e di ACCREDIA,

è di competenza esclusiva del Santa Maria Capua Vetere (CE), nel caso in cui la controversia sia demandata al Tribunale in composizione collegiale; laddove sia riconosciuta la competenza per valore del giudice monocratico è designato quale Organo giudicante competente il Giudice di Arienzo (CE).

Relativamente ai contenziosi, la notifica è registrata nella pratica di certificazione dell’Organizzazione e copia della stessa è inviata al Comitato per la Salvaguardia dell’Imparzialità, eccezion fatta per il terzo punto dell’elenco puntato di cui sopra. Per tutte le altre controversie che dovessero insorgere tra CAB e soggetti differenti dalle Organizzazioni licenziatarie, è competente in via esclusiva il Foro di Santa Maria Capua Vetere (CE).

19 TRASFERIMENTO DELLE CERTIFICAZIONI

19.1 Generalità

È possibile, per un’Organizzazione, il trasferimento delle certificazioni ad altro CAB.

19.2 Trasferimento da Altro CAB

È possibile, per un’Organizzazione, il trasferimento delle certificazioni ad altro CAB.

Con riferimento a quanto previsto dalla Guida IAF MD02, un’Organizzazione in possesso di un certificato accreditato in corso di validità può richiedere a CCQ di subentrare al CAB che ha rilasciato detto certificato.

Il trasferimento può essere effettuato a condizione che i seguenti presupposti siano rispettati:

- il certificato da trasferire sia in corso di validità (ossia non sottoposto a provvedimenti di sospensione, ritiro, etc);
- il certificato sia stato rilasciato da ente di certificazione accreditato da ACCREDIA o da altro Ente di Accreditamento firmatario degli Accordi MLA EA o IAF;
- non vi siano procedimenti giudiziari in corso o condanne passate in giudicato per responsabilità da prodotto difettoso;

Il CAB si riserva di valutare la richiesta di trasferimento mediante lo svolgimento di un esame documentale teso alla verifica dei suddetti presupposti. In questa fase CAB dovrà ricevere tutte le informazioni e documenti relativi agli audit pregressi (ultimo rapporto di certificazione o rinnovo, i successivi rapporti di sorveglianza, i relativi rilievi, eventuali reclami e le relative azioni correttive intraprese), le ragioni della richiesta di trasferimento e un’autodichiarazione che attesti la validità del certificato da trasferire, pena la non applicazione del procedimento di transfer, come meglio precisato in seguito.

Eventuali non conformità ancora aperte dovrebbero essere chiuse dal CAB emittente prima del trasferimento, diversamente, dovranno essere chiuse mediante un pre-transfer visit da condursi al termine dell’ esame documentale e prima della fase di delibera di trasferimento del Certificato. Il pre-transfer visit non è un audit ed è svolto da un auditor qualificato per le aree tecniche oggetto di verifica.

L’analisi documentale svolta dal CAB può concludersi positivamente con l’accettazione della richiesta oppure con il rifiuto motivato per iscritto. L’accettazione della domanda è formalizzata dal CAB mediante l’emissione di un’offerta economica elaborata sulla base del Tariffario in funzione del momento contrattuale (sorveglianza o rinnovo) del certificato da trasferire. L’accettazione dell’offerta da parte del richiedente determina l’avvio dell’iter di trasferimento con eventuale pre-transfer visit da svolgersi nei casi previsti dalla Circolare ACCREDIA N.26/2017 e dal documento IAF MD 2 e con la delibera di trasferimento del Certificato.

Nel caso non vi siano i presupposti per accettare il trasferimento, la richiesta da parte dell’Organizzazione sarà trattata come se fosse una richiesta di prima certificazione.

Il certificato viene emesso a seguito di delibera di transfer positiva a completamento delle attività di trasferimento e, relativamente alla voce di prima emissione, sarà riportata anche l’indicazione che il certificato è stato rilasciato da un altro CAB in precedenza.

Una volta completate le attività di trasferimento ed emesso il relativo certificato, il CAB subentrante informerà, entro 2 giorni lavorativi, il CAB che aveva rilasciato il precedente certificato. Nel caso in cui il CAB, una volta rilasciato il proprio certificato, venisse a conoscenza da parte del CAB cedente o in altro modo dello stato di non validità del certificato dell’Organizzazione al momento del trasferimento, una volta constatato il comportamento fraudolento dell’Organizzazione interessata, provvederà alla revoca della certificazione precedentemente rilasciata.

In fase di pre-transfer review CCQ stabilisce e registra il proprio piano e programma di audit, eventualmente rivedendo anche quanto previsto inizialmente dal CAB precedente

Un certificato emesso da un CAB che sia stato sospeso o revocato, o che abbia comunque cessato di operare, è considerato valido e può essere trasferito entro un periodo massimo di sei mesi attraverso una verifica ispettiva della durata pari ad un audit di stage 2; in questi casi CCQ informerà Accredia prima del trasferimento. Se il periodo è superiore ai sei mesi, la pratica verrà gestita come nuova certificazione.

L’attività di trasferimento di un certificato non può coincidere con un audit di sorveglianza o rinnovo, quindi occorre prima completare l’attività di transfer e solo dopo può essere svolto l’audit di sorveglianza o rinnovo

19.3 Obblighi dei CAB

Viene rafforzato l’obbligo di collaborazione tra i CAB, cioè su richiesta, il CAB cedente deve fornire al CAB subentrante tutti i documenti e le informazioni previste dal documento IAF MD 02, quali documenti di audit, informazioni sulla validità del certificato, NC e loro stato, pena la somministrazione provvedimenti sanzionatori da parte di ACCREDIA come la sospensione e revoca dell’accreditamento.

Un CAB non può revocare un certificato solo perché un’azienda gli comunica l’intenzione di trasferire la certificazione ad un altro CAB, pena la somministrazione di provvedimenti sanzionatori da parte degli enti di accreditamento come sospensione e revoca dell’accreditamento.

Una volta completate le attività di trasferimento ed emesso il relativo certificato, il CAB deve informare il CAB che aveva rilasciato il precedente certificato.

Con riferimento al requisito 2.2.4 (iv) “that the site or sites wishing to transfer certification hold a valid accredited certification”, poiché solo il CAB cedente può confermare la validità di un certificato, si ritiene ammissibile che in fase di pre-transfer review il CAB subentrante possa dimostrare ad ACCREDIA di aver ottemperato a questo requisito presentando un’autodichiarazione rilasciata dall’azienda che ha richiesto il trasferimento.

Questa autodichiarazione dovrà confermare la validità del certificato.

Il CAB cedente, ricevuta la comunicazione dal CAB subentrante del trasferimento del certificato (come da § 2.4.5 del documento IAF MD 2), deve informare tempestivamente il CAB subentrante nel caso in cui il proprio certificato non fosse coperto da accreditamento e non fosse in stato di validità. Nel caso in cui il CAB subentrante, una volta rilasciato il proprio certificato, venisse a conoscenza da parte del CAB cedente o in altro modo dello stato di non validità del certificato dell’Organizzazione al momento del trasferimento, dovrà revocare immediatamente la certificazione rilasciata, una volta constatato il comportamento fraudolento dell’Organizzazione interessata.

20 GESTIONE DI CASI PARTICOLARI QUALI: CESSIONE/FITTO DI RAMO D’AZIENDA, CONFERIMENTO IN TOTO D’AZIENDA E VARIAZIONI DI SCARSA RILEVANZA DELLA CERTIFICAZIONE

20.1 Cessione/Fitto di Ramo d’Azienda

Di seguito sono illustrate le possibili richieste da parte delle Organizzazioni e le modalità di gestione da parte del CAB, delle stesse. Per i termini di comunicazione vedere § 17.3.

20.1.1 Azienda Richiedente la Certificazione

20.1.1.1 Azienda che Acquista/Fitta il Ramo da Azienda già Certificata da Altri CAB.

Riguardo a questa problematica i casi possibili sono:

- ✓ lo scopo di certificazione richiesto ha attività identiche o minori rispetto a quello dell’azienda già certificata: con riferimento alla cessione/fitto del ramo d’azienda ed al vecchio SGQ (dell’azienda ceduta/fittata), l’attività di audit può essere avviata immediatamente. Quanto sopra vale esclusivamente se almeno, le persone con funzione direttiva (direttore, responsabile qualità e responsabile di cantiere) non sono variate, con gli oneri relativi all’audit ed all’emissione ed invio del certificato, come previsto in Offerta ed in accordo alle condizioni di trasferimento di cui al precedente § 19;
- ✓ lo scopo di certificazione richiesto è maggiore di quello dell’azienda già certificata: è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit. L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta;
- ✓ lo scopo di certificazione è diverso da quello dell’azienda già certificata: è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit. L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta.

20.1.1.2 Azienda che Acquista/Fitta il Ramo da Azienda non Certificata

In questo caso è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit. L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta

20.1.2 Azienda già Certificata dal CAB

Riguardo a questa problematica i casi possibili sono:

1. cessione/fitto di tutto il ramo d’azienda certificato: si procede alla revoca del certificato senza effettuazione di audit;
2. cessione/fitto di parte del ramo d’azienda certificato: si procede alla riduzione dello scopo relativo alle attività cedute senza effettuazione di audit, con oneri relativi alla sola emissione del nuovo certificato ed invio dello stesso, come previsto in Offerta.

20.2 Conferimento in Toto d’Azienda
20.2.1 Azienda Richiedente la Certificazione
20.2.1.1 Azienda già Certificata da Altri CAB

Riguardo a questa problematica i casi possibili sono:

1. lo scopo di certificazione richiesto ha attività identiche o minori a quello dell’azienda già certificata: con riferimento al conferimento d’azienda ed al vecchio SGQ (dell’azienda conferita), l’attività di audit può essere avviata immediatamente. Quanto sopra vale esclusivamente se almeno, le persone con funzione direttiva (direttore tecnico, responsabile qualità e responsabile di cantiere) non sono variate, con gli oneri relativi all’audit ed all’emissione ed invio del certificato, come previsto in Offerta ed in accordo alle condizioni di trasferimento di cui al precedente § 19;
2. lo scopo di certificazione è maggiore di quello dell’azienda già certificata: è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit. L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta;
3. lo scopo di certificazione è diverso da quello dell’azienda già certificata: è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit. L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta.

20.2.1.2 Azienda non Certificata

In questo caso è necessario attendere tre mesi per l’applicazione del sistema (vedere paragrafo 5 e 9.2.3.1 h) e di tutte le attività inerenti per poter procedere con l’audit.

L’attività sarà trattata come una nuova certificazione, con gli oneri previsti in Offerta.

20.2.2 Azienda già Certificata dal CAB

Le casistiche possibili sono:

1. azienda già certificata dal CAB che conferisce in toto ad altra azienda che non richiede la certificazione al CAB: si procede alla revoca del certificato senza effettuazione di audit;
2. azienda già certificata dal CAB che conferisce in toto ad altra azienda che richiede la certificazione al CAB: vedere il successivo § 2.3.1.

20.3 VARIAZIONI DI SCARSA RILEVANZA SULLA CERTIFICAZIONE

20.3.1 Cambio di denominazione sociale

L’azienda ha variato la denominazione così come si evince da visura camerale esibita in sede di audit ed inviata al CAB in precedenza, senza altre modifiche: si procede all’emissione di nuovo certificato, con oneri relativi alla sola emissione ed invio dello stesso, come previsto in Offerta.

20.3.2 Cambio di Sede

Premesso che per sede legale si intende quella riportata nella visura camerale, mentre l’operativa è la sede dove si svolgono, di fatto le attività, se le due coincidono vale quanto riportato al successivo paragrafo 20.3.2.2. Nel caso che le due siano distinte vale quanto appresso riportato.

20.3.2.1 Cambio di Sede Legale

L’azienda ha variato la sola sede legale, si procede all’emissione di nuovo certificato, con oneri relativi alla sola emissione ed invio dello stesso, come previsto in Offerta.

20.3.2.2 Cambio di Sede Operativa

L’azienda ha variato la sede operativa:

1. si procede ad un Audit Supplementare con emissione di un nuovo certificato se la richiesta è a cavallo tra due visite, con gli oneri relativi all’audit ed all’emissione ed invio del certificato, come previsto in Offerta;

2. si procede ad un audit di sorveglianza con emissione di un nuovo certificato se la richiesta è a ridosso dell'audit di sorveglianza, con gli oneri relativi all'audit ed all'emissione ed invio del certificato, come previsto in Offerta. In questo caso, a prescindere da quanto riportato nel Programma degli Audit di Sorveglianza, saranno sempre verificati i requisiti 6.3 e 6.4 della UNI EN ISO 9001/UNI ISO 21001/UNI ISO 37001:2016

20.3.2.3 Trasformazione

L'azienda ha modificato esclusivamente il tipo di società (es.: da società di persone a società di capitali), si procede all'emissione di nuovo certificato, con oneri relativi alla sola emissione ed invio dello stesso, come previsto in Offerta.

20.4 Tempi e Costi

I giorni di audit e i costi per le attività di cui sopra sono riportati rispettivamente nel Tariffario e nell'Offerta e sono calcolati sulla base dell'Annex A della Guida IAF MD5.

21 MANCATO COMPLETAMENTO E/O INTERRUZIONE ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE

Qualora l'Organizzazione non consenta a C.C.Q. di svolgere le attività già pianificate e/o di concludere quelle avviate, il CAB, oltre a fatturare le attività già svolte, ha diritto ad un somma pari 500,00 €, per spese di chiusura pratica, archiviazione e diritti di segreteria.

22 – INFORMAZIONE AL CLIENTE: IL MUTUO RICONOSCIMENTO (MLA: MULTILATERAL AGREEMENT)

L'accordo multilaterale EA (MLA EA) è un accordo firmato tra i membri EA in base al quale i firmatari riconoscono e accettano l'equivalenza dei sistemi di accreditamento gestiti dai membri firmatari, nonché l'affidabilità dei risultati della valutazione della conformità forniti dagli organismi di valutazione della conformità (CAB) accreditato dai membri firmatari. Rende efficace l'obiettivo "Accreditati una volta, accettati ovunque" .

L'accettazione sul mercato dell'EA MLA e quindi dei risultati della valutazione della conformità forniti dagli organismi di certificazione accreditati dai firmatari dell'EA MLA è di fondamentale importanza per il mercato interno in Europa nel facilitare il commercio transfrontaliero e nel dimostrare la conformità alla legislazione europea per prodotti e servizi contribuendo alla tutela della salute, della sicurezza e dell'ambiente.

Il marchio di un firmatario EA MLA su certificati e rapporti emessi da organismi di valutazione della conformità accreditati funge da "passaporto per il commercio". La fiducia che questo accreditamento porta elimina la necessità per i fornitori di essere certificati in ogni paese in cui vendono i loro prodotti o servizi, e quindi fornisce il quadro per beni e servizi per attraversare le frontiere in Europa e in tutto il mondo

Il processo di adesione al MLA è supervisionato dalla Commissione Europea, l'EA Advisory Board e le autorità nazionali. Con deliberazione n. 14 approvata nella riunione dell'Assemblea Generale del 22 novembre 2008, EA ha riconosciuto l'equivalenza tecnica tra i risultati emessi da Enti di Accreditamento accreditati in base alla o IAF ILAC MRA/MLA in conformità alla norma UNI CEI EN ISO/IEC 17011 e i risultati emessi da Enti di Accreditamento accreditati in virtù di gli accordi EA multilaterali o bilaterali.

L'Accordo Multilaterale EA stabilisce:

- l'equivalenza del funzionamento dei sistemi di accreditamento gestiti dai membri di EA;
- che i certificati e i rapporti rilasciati da organismi accreditati dai membri di EA sono ugualmente affidabili

Tutti i risultati della valutazione della conformità (ad esempio rapporti e certificati) forniti dagli organismi di valutazione della conformità accreditati (enti di certificazione) da un firmatario della MLA di EA sono considerati ai sensi della MLA di EA a condizione che i risultati della valutazione di conformità emessi dal CAB contengano un riferimento all'accREDITAMENTO pertinente.

Il regolamento (CE) n. 765/2008 impone agli Stati membri dell'UE l'obbligo di accettare i risultati emessi dagli organismi di valutazione della conformità accreditati da uno qualsiasi dei firmatari della MLA di EA ed IAF. Ciò elimina chiaramente la necessità che un prodotto/sistema di gestione venga nuovamente testato o ricertificato quando viene

commercializzato o presentato su diversi mercati dell'UE, a condizione che il certificato sia coperto da un accreditamento valido

Come garantire che il tuo certificato o rapporto di prova sia accettabile?

Passo 1: Verificare che sia presente un marchio di accreditamento sul rapporto o sul certificato.

Passo 2: Verificare che il marchio di accreditamento sia di un organismo nazionale di accreditamento (NAB) firmatario di EA, ILAC o IAF MLA.

Passo 3: Verifica che il tuo fornitore sia accreditato per la competenza, i test e i risultati di cui hai bisogno.

Passo 4: Verificare che i test siano stati eseguiti rispetto agli standard internazionali. In alternativa, verifica che gli standard e i metodi utilizzati possano essere accettati nel paese di destinazione.

Passo 5: In caso di problemi contattare il proprio organismo nazionale di accreditamento.

ALLEGATO A – CODICE PRIVACY

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell'Organizzazione saranno trattati dal Titolare del Trattamento C.C.Q. –Centro Certificazione Qualità S.r.l con Sede Legale ed Operativa: Via Castello, 2 – 81027 San felice a Canello (CE), secondo le modalità e per le finalità descritte nell'informativa dall'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016.

Si precisa che l'Organizzazione potrà in qualunque momento modificare il consenso reso a valle di tale Informativa, con particolare riferimento al consenso reso per il trattamento dei dati scrivendo a info@centrocert.it.

Inoltre, in qualità di Interessato l'Organizzazione potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE n. 679/2016 inviando una raccomandata a/r a C.C.Q. s.r.l. In Via Castello, 2 – 81027 San felice a Canello (CE), all'attenzione del Responsabile per la protezione dei dati, oppure inviando un messaggio e-mail all'indirizzo direzione generale@centrocert.it

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, “GDPR”) informiamo il Cliente che i suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è BURATTINI INES, C.F. BRTNSI79A61F839P - Email: direzione generale@centrocert.it; PEC: centrocert@emailcertificatapec.it; Telefono: 0818444237

2. Finalità e basi giuridiche del trattamento

I Contitolari trattano i dati personali (in seguito, “dati personali” o anche “dati”) del legale rappresentante o di altri referenti del Cliente, per il perseguimento delle finalità di seguito descritte:

a. adempiere agli obblighi contrattuali, amministrativi e fiscali derivanti da rapporti in corso (come ad esempio il trattamento di dati fiscali per l'emissione della fattura, di dati relativi al pagamento anche elettronico comunicati da terze parti quali i fornitori di servizi di epayment, nonché di dati necessari per rilasciare credenziali di accesso a piattaforme di condivisione di documentazione necessaria per l'esecuzione del servizio ed eventuali altri dati conferiti dal Cliente nell'ambito dell'utilizzo di tali piattaforme);

b. attività pre-contrattuale volta alla formulazione di offerte e alla costituzione del rapporto contrattuale per l'erogazione dei servizi offerti (come ad esempio nel caso di trattamento dei dati identificativi e di contatto raccolti direttamente dall'Interessato o disponibili pubblicamente o raccolti da soggetti terzi espressamente autorizzati dall'Interessato necessari per la registrazione e l'accesso ad aree riservate su piattaforme on line o applicazioni mobili);

c. adempiere agli obblighi previsti dagli specifici termini contrattuali del servizio richiesto e/o dagli eventuali requisiti vincolanti di accreditamento e/o certificazione (come ad esempio la raccolta delle evidenze di audit o di altra documentazione probante, contenente dati personali, anche particolari di cui all'art.9 GDPR quali i certificati sanitari, se previsto dalla legge o dallo standard di riferimento e quindi propedeutici all'ottenimento del servizio stesso, nonché la raccolta e registrazione delle immagini e video nei casi in cui il servizio sia reso in modalità digitale e da remoto attraverso l'utilizzo dei relativi strumenti informatici nel rispetto delle circolari degli Enti di accreditamento);

Il conferimento dei dati e il relativo trattamento per le finalità di cui ai punti a., b. e c. è necessario per garantire i servizi da lei richiesti e per dare esecuzione al contratto e agli eventuali adempimenti precontrattuali, nonché per adempiere ai conseguenti obblighi legali. La base giuridica del trattamento suindicato è rinvenibile nell'art. 6, par. 1, lett. b) e lett.

c) GDPR: pertanto, un eventuale diniego al conferimento dei dati avrà come conseguenza l'impossibilità da parte dei Contitolari di eseguire le prestazioni oggetto del contratto.

d. rilevare il grado di soddisfazione sulla qualità dei prodotti e/o servizi oggetto del contratto, inviando survey o richieste via e-mail o tramite contatti telefonici;

e. inviarle via e-mail o tramite contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti e/o servizi offerti dall'azienda analoghi a quelli oggetto del contratto;

La base giuridica dei trattamenti di dati personali per le finalità di cui ai punti d. ed e. coincide con il legittimo interesse del Titolare a consolidare il rapporto contrattuale già instaurato con l'Interessato mantenendolo aggiornato, fornendo allo stesso supporto, nonché migliorando il servizio (art. 6, par. 1, lett. f) GDPR). L'Interessato può ragionevolmente aspettarsi tale trattamento in base alla relazione pertinente e appropriata tra il Titolare e l'Interessato (Considerando n. 47 del Regolamento); tuttavia, si precisa che il trattamento non è necessario e l'Interessato può opporsi in ogni momento allo stesso con le modalità indicate nel paragrafo 7 della presente informativa.

f. adempiere agli obblighi previsti dalla legge o da un ordine dell'Autorità competente (art. 6 par. 1 lett. c GDPR);

g. esercitare i diritti dei Contitolari, ad esempio il diritto di difesa in giudizio (art. 6 par. 1 lett. f) GDPR).

h. inviarle via e-mail e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su tutti prodotti o servizi a marchio CCQ offerti dai Contitolari;

i. utilizzare inoltre le immagini foto e video, riprese del legale rappresentante o di altri referenti del Cliente nell'occasione della prestazione del servizio o in occasione di eventi organizzati dai Contitolari ai quali tali soggetti potranno partecipare, per documentare la riuscita del servizio e dell'iniziativa, con possibilità di pubblicazione sul sito web www.centrocert.it, su canali social media ufficiali dell'azienda, ovvero altri canali di comunicazione esterna di volta in volta selezionati.

Il trattamento dei dati per le finalità di cui ai punti h e i è, invece, facoltativo. Lei è quindi libero di esprimere il proprio consenso o diniego e di revocare successivamente il consenso inizialmente prestato. La base giuridica dei trattamenti suindicati è rinvenibile nel consenso di cui all'art. 6, par. 1, lett. a) GDPR. L'eventuale diniego al consenso del trattamento avrà come unica conseguenza l'impossibilità di ricevere newsletter, comunicazioni commerciali e materiale pubblicitario su tutti prodotti o servizi a marchio CCQ offerti dai Contitolari e l'impossibilità di pubblicare le immagini, foto e video sui canali social del Titolare, senza pregiudicare le finalità di cui ai punti a., b. e c.

3. Modalità di trattamento e conservazione dei dati

I dati personali vengono trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

Il trattamento dei suoi dati personali è realizzato per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, consultazione, adattamento o modifica, uso, diffusione, comunicazione, estrazione, raffronto, interconnessione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.

I dati personali saranno conservati per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto contrattuale e non oltre 2 anni dalla raccolta e/o ricezione del consenso per le finalità di marketing.

Qualora i Contitolari abbiano documentata necessità di conservare i dati per un periodo superiore a 10 anni (ad esempio nel caso in cui la cancellazione possa compromettere il loro legittimo diritto di difesa o, in generale, per la tutela dei propri asset aziendali), l'ulteriore conservazione potrà avvenire limitando l'accesso ai dati soltanto al responsabile della funzione legale, per garantire il legittimo esercizio del diritto di difesa.

4. Destinatari dei dati

I Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui al paragrafo 2, oltre ai soggetti autorizzati al trattamento dai Contitolari, anche ai seguenti destinatari:

a società o altri soggetti terzi (fornitori, istituti di credito, studi professionali, consulenti, società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, istituti di vigilanza, etc.) di cui Contitolari si avvalgono vincolati da appositi strumenti giuridici;

a soggetti pubblici, organismi di vigilanza, autorità giudiziarie e di controllo, enti di accreditamento o di notifica, società di revisione contabile etc. per l'adempimento di obblighi di legge o regolatori del settore.

5. Trasferimento dati

I dati personali sono conservati su server ubicati all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che i Contitolari, ove si rendesse necessario, avranno facoltà di trasferire i dati personali in Paesi Extra-UE. In tal caso, il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, anche attraverso la previsione di clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea e l'adozione di norme vincolanti d'impresa per i trasferimenti infragruppo.

6. Diritti dell'interessato

In qualità di Interessato, Lei ha diritto di:

- i. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di trattamenti di dati personali che la riguardano, nonché di ottenere una copia dei suddetti dati;
- ii. ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi dei Contitolari, dei responsabili e del responsabile per la protezione dei dati; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;
- iii. ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state notificate, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, salvo che ciò si riveli impossibile o comporti uno sforzo sproporzionato; d) ottenere dai Contitolari in un formato strutturato, di uso comune e intellegibile i dati personali che lo riguardano e, ove fattibile tecnicamente, ottenere la trasmissione diretta dei suddetti dati da un titolare all'altro;
- iv. opporsi a) al trattamento dei suoi dati personali, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento dei suoi dati personali a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea. Il diritto di opposizione può essere esercitato anche solo in parte, consentendo così all'Interessato di scegliere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Pertanto, nella Sua qualità di Interessato lei ha i diritti di cui agli artt. 15 – 21 del Reg. UE/679/2016, nonché il diritto di proporre reclamo all'Autorità competente di cui all'art. 77 GDPR.

7. Modalità di esercizio dei diritti e comunicazioni

CCQ SRL ha nominato un Responsabile della protezione dei dati, a cui è possibile rivolgersi in qualsiasi momento per tutte le questioni relative al trattamento dei propri dati personali e all'esercizio dei relativi diritti con le seguenti modalità:

inviando un messaggio e-mail all'indirizzo direzionegenerale@centrocert.it.

Si precisa che Lei ha il diritto di revocare il consenso prestato di cui al paragrafo 2 lett. h. e i. in qualunque momento, scrivendo a direzionegenerale@centrocert.it

Per accettazione dell'Informativa per la tutela della Privacy e del presente Regolamento per la Certificazione dei Sistemi di Gestione disponibile sul sito web www.centrocert.it e l'originale è depositato presso gli uffici Centro Certificazione Qualità di S.r.l.

Data _____ Firma _____

Si accettano espressamente le clausole di cui ai §: 6, 8.1.1, 8.1.2, 8.1.3, 8.1.4, 9, 11, 13.2, 15, 16, 17.3, 18, 20, 21, APPENDICE 1.

Data _____ Firma _____