|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MODALITA DI COMPILAZIONE: TUTTE LE SEZIONI | | | | | | | | | | |
| **TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA** | | | | | | | | | | |
| PRIMA CERTIFICAZIONE | | | ESTENSIONE (  DI SCOPO  DI SITO ) | | | RICERTIFICAZIONE | | | | TRASFERIMENTO DI CERTIFICATO  (CAMBIO ENTE) |
| **1. DATI DELL’ORGANIZZAZIONE CHE RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE** | | | | | | | | | | |
| Ragione sociale: | |  | | | | | | | | |
| Referente: | |  | | | | | Funzione: | |  | |
| Partiva IVA: | |  | | | | | Codice Fiscale: | |  | |
| **DATI SEDE LEGALE** | | | | | | | | | | |
| Via e N°: |  | | | | | | Sito internet: |  | | |
| CAP: |  | | | Città: |  | | Prov.: |  | | |
| Tel: |  | | | Fax: |  | | e-mail: |  | | |
| **DATI SEDE OPERATIVA 1 (da indicare se diversa da sede legale)** | | | | | | | | | | |
| Via e N°: |  | | | | | | Referente: |  | | |
| CAP: |  | | | Città: |  | | Prov.: |  | | |
| Tel: |  | | | Fax: |  | | e-mail: |  | | |
| **DATI SEDE OPERATIVA 2 (da indicare se diversa da sede operativa 1)** | | | | | | | | | | |
| Via e N°: |  | | | | | | Referente: |  | | |
| CAP: |  | | | Città: |  | | Prov.: |  | | |
| Tel: |  | | | Fax: |  | | e-mail: |  | | |
|  |  | | |  |  | |  |  | | |
| Nel caso di altri siti o sedi operative da includere nella certificazione vi chiediamo di allegare questa pagina compilata per le sedi/siti aggiuntivi. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. NORMATIVE OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE** | | | | |
| **ISO 9001** | **ISO 3834** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. PROPOSTA OGGETTO DI CERTIFICATO (ATTIVITA’ OGGETTO DI CERTIFICATO)** | |
|  | |
| INDICARE I PRICIPALI PROCESSI SVOLTI DALL’ORGANIZZAZIONE |  |
| INDICARE LE PRINCIPALI PRESCRIZIONI LEGALI APPLICABILI |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. PERSONALE COINVOLTO NEL SISTEMA DI GESTIONE** | | | | | | | |
| Nr. Addetti full-time: |  | Nr. Addetti part-time: | | |  | | Note: |
| Nr. Addetti per turno / Nr. turni: |  | Nr. Addetti stagionali: | | |  | |
| Altre risorse (liberi professionisti, subappaltati, ecc.) coinvolte nello scopo di certificazione: | | | | | |  |
| ALTRE SEDI OPERATIVE (oggetto di verifica) | | | Nr. addetti / Turni di lavoro | | | | NOTE |
|  | | |  |  | | |  |
|  | | |  |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. REQUISITI DI SICUREZZA** | | |
| Vi sono requisiti specifici di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (es: necessità di particolari DPI o limitazioni di accesso) e/o di sicurezza delle informazioni (es: dati accessibili solo con particolari autorizzazioni, o aree riservate) da rispettare nei siti oggetto di certificazione, che possono influenzare o ostacolare le attività di audit? (se si indicare quali) | **SI** | **NO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. DATI SUL SISTEMA DI GESTIONE AZIENDALE (se presente)** | | | | | | | |
| L’azienda possiede un Sistema di Gestione Certificato?  (se SI, allegare copia del certificato) | | | Si | | No | In corso | In programma |
| **Tipo:** | Qualità (ISO 9001) | | | | | | |
| Altro: | | | | | | |
| Se sì, quale organismo di certificazione? | |  | | | | | |
| Il certificato è in corso di validità? | | Sì | | No | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. CONSULENZA ESTERNA** | | | | | |
| È stata utilizzata una società di consulenza per la preparazione della documentazione del sistema di gestione: | | | | **SI** | **NO** |
| Nome di tale eventuale società: |  | Nominativo/i consulente/i: |  | | |
| Nota: Il nome del consulente e della società di consulenza permette ad I-WELD di evitare possibili conflitti di interesse tra l’attività di certificazione e l’attività delle società collegate. | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. SOLO PER TRASFERIMENTO DI CERTIFICATO DA ALTRO ENTE DI CERTIFICAZIONE**  **(allegare sempre il certificato emesso dal precedente ente)** | | | | |
| Motivo della richiesta di trasferimento: |  | | | |
| Sono presenti non conformità emesse dall’Ente precedente, ancora aperte e per le quali non è stata ancora verificata l’attuazione delle azioni correttive? | | | **SI** | **NO** |
| Se SI, indicare di seguito la tipologia di non conformità: | **NC Maggiori** | **NC Minori** |  | |
| Eventuali procedimenti legali in corso: | **SI** | **NO** |  | |
| Data e tipologia prossimo audit: | Prima sorveglianza | Seconda sorveglianza | Ricertificazione | |
| Sono stati ricevuti reclami nell’ultimo anno: | **SI** | **NO** |  | |
| Se SI, sono stati gestiti in modo adeguato e sono state attuate adeguate azioni correttive? | **SI** | **NO** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLO PER LA NORMA ISO 9001** | | | |
| **EVENTUALI ESCLUSIONI** | | | |
| L’organizzazione svolge attività di progettazione/sviluppo del prodotto? | **SI** | **NO** | |
| Attività in outsourcing: |  | | |
| Altre esclusioni giustificate nel Manuale: |  | | |
| Eventuali certificazioni del sistema di gestione già ottenute: | **SI** | **NO** | (se SI, allegare copia del certificato) |
| Il certificato è in corso di validità: | **SI** | **NO** | |
| Altre certificazioni in possesso (allegare copia dei certificati): |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLO PER CERTIFICAZIONE ISO 3834** | | | | | | | | | |
| Indicare la parte applicabile: | | **ISO 3834-2** | | | | | **ISO 3834-3** | | **ISO 3834-4** |
| Organizzazione della produzione: | | **Piccola serie** | | | | | **Media/grande serie** | | **Su commessa** |
| **Norme e/o specifiche applicate:** | | | |  | | | | | |
| Norme di prodotto e/o altre specifiche utilizzate: | | | |  | | | | | |
| Norme utilizzate per la qualifica dei saldatori: | | | |  | | | | | |
| Norme utilizzate per la qualifica delle procedure: | | | |  | | | | | |
| **Processi di saldatura e materiali base saldati (indicare il riferimento ai relativi gruppi della ISO/TR 15608)** | | | | | | | | | |
| Processo di saldatura  (UNI EN ISO 4063) | Gruppi di materiale base  (ISO/TR 15608) | | | | Processo di saldatura  (UNI EN ISO 4063) | | | Gruppi di materiale base  (ISO/TR 15608) | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
|  |  | | | |  | | |  | |
| Attività sub-appaltate: | | |  | | | | | | |
| Nominativo del Welding Coordinator:  (indicare se interno o esterno) | | |  | | | | | | |
| Personale coinvolto nell’intero processo di saldatura (riesame tecnico, acquisti, saldatori..) | | | | | |  | | | |

**L’attività di I-Weld viene svolta in ottemperanza al Regolamento UE 2016/679: il nostro impegno è costante nel mantenere i dati protetti ed a garantire la massima trasparenza sul modo in cui vengono trattati.**

Per maggiori informazioni in merito alle regole e ai requisiti per la certificazione Vi preghiamo di prendere visione dei regolamenti disponibili sul sito [www.iweld.it](http://www.iweld.it)

|  |  |
| --- | --- |
| **Data:** | **Timbro e firma**  (specificare il nome e la funzione) |