



Domanda	Rev.:	01	Data:	2024-09-04
Modulo operativo – MDCT01-0106		Pagina:	1 di 1	

RICHIEDA DI PREVENTIVO CERTIFICAZIONE SISTEMI DI GESTIONE:

<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> ESTENSIONE	<input type="checkbox"/> RINNOVO	<input type="checkbox"/> VERIFICA PRELIMINARE	<input type="checkbox"/> TRANSFER
<input type="checkbox"/> ISO 9001	<input type="checkbox"/> ISO 14001	<input type="checkbox"/> ISO 45001	<input type="checkbox"/> ALTRO	INTEGRATI <input type="checkbox"/> 9001 <input type="checkbox"/> 14001 <input type="checkbox"/> 45001 <input type="checkbox"/> ALTRO

RAGIONE SOCIALE	
LEGALE RAPPRESENTANTE	
REFERENTE PER CERTIFICAZIONE	
SITO INTERNET	E-MAIL
TEL	FAX
PARTITA IVA	CODICE FISCALE
PEC	CODICE UNIVOCO UFFICIO

SEDE LEGALE – VIA E N	
CITTÀ	CAP PROV

SEDE OPERATIVA – VIA	
CITTÀ	CAP PROV

In caso siano presenti altri siti e/o altre sedi operative da includere nella certificazione, si prega di allegare una pagina con l'indicazione dell'indirizzo, dei riferimenti, delle attività svolte e del personale impiegato in ciascuna sede

N. DIPENDENTI	N. ADDETTI PART-TIME	N. ADDETTI STAGIONALI
N. SUBAPPALTATORI	N. ADDETTI CHE LAVORANO IN TURNI	N. DI TURNI
FATTURATO ANNUO MEDIO DEGLI ULTIMI ANNI		

Il numero di addetti partTime, stagionali e subappaltatori deve essere trasformato in addetti equivalenti, rapportati per esempio a 8 h giornaliere per 220 gg annui

DESCRIZIONE DEL PROCESSO-SERVIZIO (SCOPO DESIDERATO DA RIPORTARE SUL CERTIFICATO) – EVENTUALI PROCESSI CRITICI		
Il Sistema di Gestione è attivo da almeno 4 mesi?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione svolge attività di progettazione del prodotto/servizio?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Eventuali non applicabilità di punti della norma giustificate:		
Eventuali processi affidati all'esterno:		

ALTRE INFORMAZIONI		
L'Organizzazione desidera ricevere una pre-visita?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
L'Organizzazione è già certificata da un altro Organismo di Certificazione?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, quale?		
Specificare la data desiderata o l'eventuale data limite per l'ottenimento del certificato		
Specificare la Società di consulenza/Consulente che ha supportato l'Organizzazione		

IMPRESSE DI COSTRUZIONI – IMPIANTI – SERVIZI PRESSO SITI TEMPORANEI/MOBILI					
ALLEGARE L'ELENCO DEI CANTIERI CHE SI PRESUMONO ATTIVI ALLA DATA DESIDERATA PER L'EFFETTUAZIONE DELLE VERIFICHE, SPECIFICANDO:					
Localizzazione cantiere	Attività svolta dall'Organizzazione	Categoria opere dell'Organizzazione	Importo lavori	Stato avanzamento lavori	Opere globalmente realizzate nel cantiere

Allegare l'elenco delle prescrizioni legislative applicabili al processo e all'attività

Tenuto conto e condiviso l'informativa per la privacy acconsentiamo al trattamento dei dati

Data: _____ Timbro e Firma del Legale Rappresentante: _____

Anticipare la presente richiesta via e-mail info@rcacert.com