|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **DATI ANAGRAFICI** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Denominazione Sociale del richiedente** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Indirizzo Sede Legale *(come riportato in CCIAA)*** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **3** | **Indirizzo Sede Operativa *(dove sono presenti le figure aziendali che gestiscono il sistema)*** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **4** | **Codice Fiscale** | | | | | |  | | | **Partita IVA** | |  |
|  |  | | | | | |  | | |  | | |
| **5** | **Nominativo del Responsabile dei contatti con Certifica - Divisione Certificazione** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | **Funzione Aziendale** | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | |
| **6** | **Telefono** | | |  | | | | | **Sito web** | |  | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | |
|  | **Indirizzo PEC** | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | |
|  | **Indirizzo email** | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | |
| **7** | **Indirizzo per la corrispondenza *(se diverso da punto 2)*** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **8** | **Indirizzo per la fatturazione *(se diverso da punto 2)*** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Nome della Società di Consulenza utilizzata, se presente:** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **10** | **Codice di classificazione dell’attività, come riportato in Visura Camerale *(se noto)*** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **11** | **N° Totale addetti** | |  | | | | | | | | **Riportare il dettaglio per sito nell’allegato al modulo** | |
|  | ***NOTA: Allegare anche copia della Visura Camerale dell’organizzazione.*** | | | | | | | | | | | |
| **12** | **Periodo di attività (per le attività stagionali):** | | | | | | | | | | | |
|  | **Dal:** |  | | | | | **Al:** | | | |  | |
| **13** | **L’organizzazione ha le seguenti certificazioni?**  **9001**  **SA8000** | | | | | | | | | | | |
| **13b** | **L’organizzazione ha utilizzato negli ultimi 2 anni servizi di Certifica?** | | | | | | | | | | | |
|  | **Sì   No** | | | | **Se sì, quali?** | | |  | | | | |
|  | **L’organizzazione ha altre relazioni con Certifica?** | | | | | | | | | | | |
|  | **Sì   No** | | | | | **Se sì, quali?** | |  | | | | |
| **B** | **CAMPO DI APPLICAZIONE** | | | | | | | | | | | |
| **14** | **Descrizione delle attività** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **C** | **INFORMAZIONI** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **15** | **Lingua del Personale** *(se diversa dall’italiana)* | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **16** | **L’Organizzazione è multi-sito? Sì  No**  **Se sì, i siti da certificare sono da specificare in “Sezione D” e indicare se nei siti sono presenti referenti o personale HR.** | | | | | | | | | | | |
| **17** | **Le unità dell’Organizzazione multi-sito hanno diverse ragioni sociali? Sì  No** | | | | | | | | | | | |
| **18** | **L’Organizzazione gestisce il personale in maniera centralizzata (funzione HR centralizzata)?** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **19**  **20**  **21** | **In caso negativo, in quali siti sono presenti rappresentanti HR e quali attività svolgono?**   |  | | --- | |  |   **L’Organizzazione ha affidato a terzi attività o processi ricadenti nel campo di applicazione?**  **Sì  No**      **L’Organizzazione fa parte di un gruppo?**  **Sì  No**  **Se si indicare le singole legal entity che eventualmente si vuole tenere fuori dalla certificazione**   |  |  | | --- | --- | | **Denominazione sociale** |  | | | | | | | | | | | | |
| **D** | **SEDE E SITI** | | | | | | | | | | | |
|  | (COMPILARE I SEGUENTI CAMPI PER CIASCUN SITO OGGETTO DI ASSESSMENT) | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **22** | **Indirizzo dei Siti (1), Processi (2) e Personale coinvolto (3)** | | | | | | | | | | | |
|  | **Denominazione sociale**  **(se diversa da quella indicata alla sez. 1)** | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |
|  | **Indirizzo** | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |
|  | **Processi presenti** | | | | | |  | | | | | |
|  | 1. *Indirizzo dei siti (indicare indirizzo completo dei siti)* 2. *Processi principali svolti nel sito* 3. *Personale coinvolto nelle attività comprese dal sistema oggetto della richiesta (compresi lavoratori atipici, lavoratori interinali, docenti, etc.)*   *In caso di società cooperative indicare la distinzione tra soci ordinari e soci lavoratori.*  ***N.B In alternativa è possibile compilare l’allegato file Excel completo delle informazioni di cui alla lettera D.***   |  |  | | --- | --- | | **E** | **CATEGORIE ADDETTI** |   **Indicare quanti addetti sono compresi nelle seguenti categorie:**   |  |  | | --- | --- | | **Personale appartenente alla funzione HR o comunque coinvolto nella gestione dei processi afferenti alle risorse umane e direzionale (Direzione, Amministrazione personale/HR, Formazione, Sistema di gestione parità di genere, Legale, Comunicazione)** |  | | **Resto del personale** |  |  |  |  | | --- | --- | | **Per le Organizzazioni con numero di dipendenti superiori**  **a 50** | *Indicare la data di trasmissione del rapporto biennale sulla situazione del*  *personale maschile e femminile:*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **F** | **DATI DEL SOGGETTO AUTORIZZATO A FIRMARE** | | | | | | | | | | | |
|  | (a cura di persona autorizzata dall’organizzazione richiedente) | | | | | | | | | | | |
|  | **Luogo e data** | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |
|  | **Firma** | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | **Specificare per esteso:** | | | | | | | | | | | |
|  | **Nome e Cognome** | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | |
|  | **Funzione Aziendale** | | | | | |  | | | | | |
|  | ***L’organizzazione autorizza, con la sottoscrizione del presente documento, Certifica S.r.l. al trattamento dei propri dati ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 30.6.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e art.13 GDPR 679/2016 (regolamento europeo sulla protezione dei dati personali). Autorizza, altresì, espressamente Certifica S.r.l. al trattamento dei propri dati per fini statistici.***  **Per maggiori informazioni in merito alle regole e ai requisiti per la certificazione Vi preghiamo di prendere visione dei regolamenti disponibili sul sito:** [**www.certificasistemi.com**](http://www.certificasistemi.com) | | | | | | | | | | | |