

**INFORMAZIONI SULL'ORGANIZZAZIONE:**

RAGIONE SOCIALE: .....

PERSONA DI RIFERIMENTO: ..... RUOLO: .....

INDIRIZZO SEDE LEGALE: .....

TEL: ..... E-Mail: ..... P. IVA o C.F.: .....

N° TURNI		N° COLLABORATORI SEDE LEGALE					TOTALE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	DIPENDENTI PER TURNO	DIPENDENTI FULL-TIME	DIPENDENTI PART-TIME	N° SOCI OPERATIVI	N° INTERINALI	
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						

**ALTRE SEDI SECONDARIE OPERATIVE IN CAPO ALLA SEDE LEGALE SOGGETTE ALLA CERTIFICAZIONE:**

 SE SI, INDIRIZZO:  NO  SI (SE NECESSARIO, AGGIUNGERE PAGINE SEPARATE)

N° TURNI		N° COLLABORATORI SEDE SECONDARIA / UNITÀ LOCALE					TOTALE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	DIPENDENTI PER TURNO	DIPENDENTI FULL-TIME	DIPENDENTI PART-TIME	N° SOCI OPERATIVI	N° INTERINALI	
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						

**ALTRI IMPIANTI PRODUTTIVI ESTERNI (LEGALMENTE INDIPENDENTI) RESPONSABILI PER L'ULTIMO STEP**
**PRODUTTIVO:**  NO  SI (SE NECESSARIO, AGGIUNGERE PAGINE SEPARATE)

SE SI, RAGIONE SOCIALE ED INDIRIZZO: .....

N° TURNI		N° COLLABORATORI IMPIANTO PRODUTTIVO ESTERNO					TOTALE
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	DIPENDENTI PER TURNO	DIPENDENTI FULL-TIME	DIPENDENTI PART-TIME	N° SOCI OPERATIVI	N° INTERINALI	
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						

 SITO PRODUTTIVO POSSIEDE UN SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO (ISO9001 o IATF16949): No  Si 
**CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (INCL. INFORMAZIONI CONCERNENTI TUTTI I PROCESSI AFFIDATI ALL'ESTERNO DALL'ORGANIZZAZIONE, CHE INFLUENZANO LA CONFORMITÀ AI REQUISITI):**
**GRUPPI DI OGGETTI (PER L'APPROVAZIONE / PART APPROVAL):**

 PRODOTTI IN MARCATURA CE:  NO  SI .....  
(NORMATIVA / DIRETTIVE APPLICATE)

 PRODOTTI OMOLOGATI (APPROVAZIONI SETTORE AUTOMOTIVE):  NO  SI .....  
(NORMATIVA / DIRETTIVE / REGOLAMENTI APPLICATI)

 APPROVAL RELEVANT REQUIREMENTS (ARR) PER AUTORITA' DI OMOLOGAZIONE:  KBA  NSAI  .....  NON APPLICABILE

 ALTRE PRESCRIZIONI COGENTI APPLICABILI:  NO  SI .....  
(NORMATIVA / DIRETTIVE / REGOLAMENTI / LEGGI APPLICATI)
**NORMA DI RIFERIMENTO**

- 
- UNI EN ISO 9001:2015
- 
- 
- UNI EN ISO 9001:2015 + ARR
- 
- 
- AUDIT PER VALUTAZIONE INIZIALE
- 
- 
- VERIFICA (GUIDA AL PROCESSO DI VERIFICA)
- 
- 
- AUDIT PER ATTESTATO ARR

**INDICARE EVENTUALI ESCLUSIONI CON RELATIVA GIUSTIFICAZIONE:**

- 
- NON APPLICABILE
- 
- 
- .....

**INFORMAZIONI RIGUARDANTI L'UTILIZZO DI PRESTAZIONI DI CONSULENZA (SE APPLICABILE) RELATIVE AL SISTEMA DI GESTIONE:**
 .....  NON APPLICABILE  
(INDICARE EVENTUALE TIPOLOGIA DI CONSULENZA, NOME CONSULENTE E SOCIETÀ DI CONSULENZA, ...)
**ALTRE INFORMAZIONI UTILI SUI PROCESSI O RISORSE UTILIZZATE O SICUREZZA SUL LAVORO O INDICAZIONE DI ALTRE SEDI COINVOLTE NELLO SCOPO DEL CERTIFICATO (SITI TEMPORANEI NEI CASI IN CUI I PROCESSI VENGANO REALIZZATI PRESSO SITI ESTERNI TEMPORANEI (COME CANTIERI DI IMPRESE DI COSTRUZIONE, MENSE PER LA DISTRBUZIONE DEI PASTI, ECC.)):**

PERIODO PREVISTO PER L'AUDIT: DAL ..... AL .....

Luogo, Data ..... Firma ..... Timbro .....