



VOGLIATE CORTESEMENTE COMPLETARE QUESTO QUESTIONARIO ED ALLEGARE EVENTUALI INFORMAZIONI DI SUPPORTO CHE DESCRIVANO L'ATTIVITÀ DELL'AZIENDA ED IL SISTEMA DI GESTIONE, COME, AD ESEMPIO, MATERIALE PUBBLICITARIO DELL'AZIENDA. AL RICEVIMENTO DEL QUESTIONARIO, PREPAREREMO UN'OFFERTA ECONOMICA DA SOTTOPORRE ALLA VS. ATTENZIONE.

**PARTE 1 – COME SIETE VENUTI A NS CONOSCENZA -** *HOW DID YOU LEARN OF US?*

ATTRAVERSO IL VS CONSULENTE?	REFERRAL FROM CONSULTANTS?	SI(YES)	NO
ATTRAVERSO IL SITO WEB ?	WEB SITE?	SI(YES)	NO
SIETE STATI CONTATTATI DIRETTAMENTE DAL NS PERSONALE?	DIRECT CONTACT FROM OUR STAFF ?	SI(YES)	NO
PUBBLICITA'?	ADVERTISING?	SI(YES)	NO
ATTRAVERSO IL SITO WEB DELL'ENTE DI ACCREDITAMENTO?	ACCREDITATION BODY WEB SITE?	SI(YES)	NO

**PARTE 2 – DETTAGLI AZIENDA -** *HEAD OFFICE/MAIN SITE DETAILS*

<b>TIPO DI RICHIESTA -</b> <i>TYPE OF APPLICATION</i>	<b>NUOVA</b> <i>NEW</i>	<b>RINNOVO</b> <i>RENEWAL</i>	<b>TRASFERIMENTO</b> <i>TRANSFER</i>	<b>ESTENSIONE</b> <i>EXTENSION</i>
<i>IN CASO DI TRASFERIMENTO DA UN ALTRO ORGANISMO È NECESSARIO FORNIRE COPIA DEL CERTIFICATO IN CORSO DI VALIDITÀ E COPIA DEI PRECEDENTI RAPPORTI DI AUDIT (TRIENNIO CORRENTE) CON ALLEGATI EVENTUALI NON CONFORMITÀ ED OSSERVAZIONI</i>				
<b>NOME AZIENDA</b> <i>LEGALLY REGISTERED COMPANY NAME</i>				
<b>PARTITA IVA –</b> <i>VAT NUMBER</i>		<b>CODICE FISCALE</b>		
<b>SEDE LEGALE (INDIRIZZO, CAP, CITTÀ, PROVINCIA)</b>				
<b>SEDE OPERATIVA DA CERTIFICARE</b> <i>(INDIRIZZO, CAP, CITTÀ, PROVINCIA)</i> <i>COMPANY ADDRESS TO BE CERTIFIED</i>				
<b>E' RICHIESTA LA CERTIFICAZIONE DI PIU' SITI OPERATIVI?</b> <i>MULTI SITE Y/N</i>		SI(YES)	NO	<b>SE LA RISPOSTA E' "SI" SIETE PREGATI DI COMPLETARE LA PARTE "8" SPECIFICA PER LE AZIENDE MULTI SITO</b>
<b>ATTIVITA' OGGETTO DI CERTIFICAZIONE</b> <i>SCOPE/ACTIVITY</i>				

**PARTE 3: PERSONALE AZIENDALE -** *STAFF*

<b>NUMERO TOTALE DEL PERSONALE AZIENDALE --- TOTAL STAFF</b>	
<b>DI QUESTI DISTINGUERE IN:</b>	
<b>PERSONALE AMMINISTRATIVO (SEGRETERIA, CONTABILITA', ECC) --- ADMIN STAFF</b>	
<b>PERSONALE ADDETTO ALLA PRODUZIONE/EROGAZIONE --- PRODUCTION/SERVICE STAFF</b>	
<b>PERSONALE PART TIME --- P.T. STAFF</b>	
<b>PERSONALE OPERANTE FUORI SEDE (AGENTI, COMMERCIALI, AUTISTI – ECC) --- WORKING OFF SITE</b>	
<b>STAGIONALI (SE DEL CASO) --- SEASONAL WORK</b>	



**TURNAZIONE – SHIFT WORK**

OPERANTE SU TURNI? - IS SHIFT WORK OPERATED ON THE SITE OR SITES INVOLVED IN THIS ENQUIRY?			SI/yes	NO
SE "SI" – SU QUANTI TURNI OPERATE - IF "YES" – PLEASE PROVIDE DETAILS				
NUMERO DI TURNI NUMBER OF THE SHIFT	INIZIO TURNO START TIME	FINE TURNO END TIME	NUMERO DI ADDETTI PRESENTI PER OGNI TURNO TOTAL NUMBER ON EACH SHIFTS	
1				
2				
3				
LE ATTIVITA' SVOLTE DA OGNI TURNO SONO LE STESSE? - ARE THE ACTIVITIES OF EACH SHIFT IDENTICAL?			SI/yes	NO
SE DIVERSE FORNIRE DETTAGLI DELLE ATTIVITA' DI OGNI TURNO IF "NO" PLEASE DETAIL THE DIFFERENT ACTIVITIES BETWEEN EACH SHIFT				

**PARTE 4 – PROCESSI - PROCESS DETAILS**

PER LE AZIENDE MULTI PRODOTTO, MULTI SERVIZI O CHE OPERANO SU PIU' LINEE DI PRODUZIONE

DETTAGLIARE I RISCHI INDIVIDUATI RELATIVI ALLA SICUREZZA ALIMENTARE PLEASE DETAIL ANY CRITICAL FOOD SAFETY RISKS YOU HAVE IDENTIFIED						
CON QUANTI PIANI HACCP OPERATE?			HOW MANY HACCP PLANS DO YOU OPERATE			
0	1	2	3	4	5	+6
QUALI SONO LE DIMENSIONI DEL VS. IMPIANTO DI PRODUZIONE?			WHAT SIZE IS YOUR PRODUCTION FACILITY			
0-99 m2	100-999 m2	1000-4999 m2	>5000 m2			
INDICARE LE ATTIVITA' AFFIDATE IN SUB APPALTO PLEASE PROVIDE DETAIL OF ANY OUTSOURCED/SUBCONTRACTED PROCESSES OR MONITORING						
DETTAGLIARE TUTTI GLI OBBLIGHI LEGALI O DI ALTRA NATURA APPLICABILI ALLE ATTIVITÀ DELL'AZIENDA PLEASE PROVIDE DETAILS OF ANY LEGAL OR OTHER OBLIGATIONS THAT ARE APPLICABLE TO THE COMPANY ACTIVITIES						



QUALORA LA VS ORGANIZZAZIONE OPERI PRESSO SITI ESTERNI DESCRIVERE LA TIPOLOGIA DI ATTIVITA' TIPICAMENTE SVOLTA PLEASE DESCRIBE ANY TEMPORARY OFF SITE INSTALLATION/SERVICE ACTIVITIES (IF APPLICABLE)	
INDICARE IL NUM. DI SITI ESTERNI NORMALMENTE GESTITI HOW MANY INSTALLATION/SERVICE SITES ARE IN OPERATION?	

**PARTE 5 – INFORMAZIONI RELATIVE AL SISTEMA DI GESTIONE - MANAGEMENT SYSTEM DETAILS**

PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI GESTIONE VI E' STATA FORNITA ASSISTENZA DA UN CONSULENTE? INDICARE IL NOME DELLO STESSO O DELLA SOCIETÀ PER CUI OPERA. WAS THE FSMS DEVELOPED INTERNALLY OR WITH THE SUPPORT OF A CONSULTANT? (IF BY A CONSULTANT PLEASE PROVIDE THE CONSULTANT'S OR CONSULTANT COMPANY NAME)									
INDICARE DI SEGUITO GLI STANDARD PER QUALI SIETE GIÀ CERTIFICATI – IS YOUR COMPANY ALREADY CERTIFIED BY AN ACCREDITED 3RD PARTY CERTIFICATION BODY IN ANY OF THE STANDARDS BELOW?									
14001		50001		13485		9001		ALTRO	
INDICARE IL NOME DELL'ORGANISMO UTILIZZATO - CB'NAME									

**PARTE 6 – CONTATTI - CONTACT INFORMATION**

<b>PRIVACY</b>			
FIRMANDO IL PRESENTE MODULO SI DICHIARA CHE I DATI QUI RIPORTATI SONO CORRETTI E COMPLETI. SI DICHIARA INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA AJA EUROPE SRL E A CUBE TIC LTD PUBBLICATA SUL SITO WEB DELL'ENTE DI CERTIFICAZIONE. I DATI FORNITI SARANNO TRATTATI PER LA FINALITÀ DI FORMULAZIONE DELL'OFFERTA TECNICO/ECONOMICA. AUTORIZZO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PER FINALITÀ DI MARKETING, VENDITA DIRETTA E RICERCHE DI MERCATO.			
<b>DO IL CONSENSO</b>		<b>NON DO IL CONSENSO</b>	
PERSONA DI RIFERIMENTO CONTACT NAME		FIRMA	
RUOLO RICOPERTO ALL'INTERNO DELL'AZIENDA POSITION		DATA	
EMAIL		TELEFONO	

La informiamo che, in qualità di interessato, Lei ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato per una o più finalità di trattamento. Tale revoca, tuttavia, non pregiudica in alcun modo la liceità dei trattamenti da noi svolti sulla base del consenso da Lei precedentemente accordatoci.

PER RICEVERE UNA QUOTAZIONE INVIARE IL MODULO A AJA EUROPE SRL VIA E.MAIL ALL'INDIRIZZO  
[INFO@ACUBETIC.COM](mailto:INFO@ACUBETIC.COM)  
 O VIA FAX AL NUMERO 06 89280204

**PARTE 7 – LO SPAZIO SOTTOSTANTE E' PER USO INTERNO – NON COMPILARE**

(AUDITOR CONFIRMATION – FOR INTERNAL USE ONLY)

**SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL LEAD AUDITOR IN SEDE DI STAGE 1/RINNOVO/TRASFERIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE/ESTENSIONE DEL CAMPO DI APPLICAZIONE**

CONFERMO CHE LE INFORMAZIONI ED I DATI CHE L'AZIENDA HA DICHIARATO NEL PRESENTE QUESTIONARIO SONO STATE VERIFICATE DURANTE L'AUDIT. MAGGIORI INFORMAZIONI SONO DISPONIBILI NEL RAPPORTO DI AUDIT

**NOTA BENE:** IN CASO DI EVENTUALI E SIGNIFICATIVE DIFFERENZE TRA LE INFORMAZIONI ED I DATI RIPORTATI SUL PRESENTE QUESTIONARIO E QUELLI OSSERVATI NEL CORSO DELL'AUDIT, E' NECESSARIO INFORMARE TEMPESTIVAMENTE LA DIREZIONE TECNICA DI AJA EUROPE SRL. EVENTUALI DISCREPANZE POTREBBERO RICHIEDERE UNA REVISIONE DELLA PROPOSTA TECNICA E COMMERCIALE, INCLUSE LE TEMPISTICHE DI AUDIT

Nome		firma		Data	
------	--	-------	--	------	--

**PARTE 8 - DA COMPILARE SOLO A CURA DI AZIENDE MULTI SITO - MULTISITES ONLY**

INDIRIZZO SITI E NOME AZIENDE SE DIVERSO DALLA CAPOGRUPPO <small>COMPANY NAME AND SITE ADDRESSES</small>	ATTIVITA' SVOLTE <small>ACTIVITIES</small>	ADDETTI <small>STAFF</small>	TURNAZIONE SI/NO <small>SHIFT Y/N</small>	ORARIO TURNO <small>START-END TIME</small>