OHSMS - SISTEMI DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO - QUESTIONARIO

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*

TIPO DI RICHIESTA - *TYPE OF APPLICATION*	*NUOVA* *NEW* ☐	*RINNOVO* *RENEWAL* ☐	*TRASFERIMENTO* *TRANSFER* ☐	*ESTENSIONE* *EXTENSION* ☐

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

NOME AZIENDA *LEGALLY REGISTERED COMPANY NAME*			
PARTITA IVA – *VAT NUMBER*		**CODICE FISCALE**	
SEDE LEGALE (INDIRIZZO, CAP, CITTÀ, PROVINCIA)			
SEDE OPERATIVA DA CERTIFICARE (INDIRIZZO, CAP, CITTÀ, PROVINCIA) *COMPANY ADDRESS TO BE CERTIFIED*			
E' RICHIESTA LA CERTIFICAZIONE DI PIU' SITI OPERATIVI? *MULTI SITE Y/N*	SI*(YES)* ◯	NO ◯	SE LA RISPOSTA E' "SI" SIETE PREGATI DI COMPLETARE LA PARTE "8" SPECIFICA PER LE AZIENDE MULTI SITO
ATTIVITA' OGGETTO DI CERTIFICAZIONE SCOPE/ACTIVITY			

PARTE 3: PERSONALE AZIENDALE - *Staff*

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

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

DETTAGLIO DELLE SINGOLE ATTIVITA' *PROCESSES INVOLVED*	ADDETTI COINVOLTI *EMPLOYEE NUMBERS*
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 OHSMS DEVELOPED INTERNALLY OR WITH THE SUPPORT OF A CONSULTANT? (IF BY A CONSULTANT PLEASE PROVIDE THE CONSULTANT'S OR CONSULTANT COMPANY NAME)*
DETTAGLIARE I RISCHI SIGNIFICATIVI INDIVIDUATI RELATIVI ALLA SALUTE E SICUREZZA DEI LAVORATORI *PLEASE DETAIL THE SIGNIFICANT OCCUPATIONAL HEALTH & SAFETY HAZARDS YOU HAVE IDENTIFIED*
ELENCARE EVENTUALI AUTORIZZAZIONI E LICENZE OTTENUTE, OBBLIGHI LEGALI O DI ALTRO TIPO APPLICABILI ALL'ATTIVITA' DELL'AZIENDA *PLEASE PROVIDE DETAILS OF ANY LEGAL OR OTHER OBLIGATIONS THAT ARE APPLICABLE TO THE COMPANY ACTIVITIES*
INDICARE EVENTUALI INFORTUNI SUL LAVORO ACCADUTI NEGLI ULTIMI 3 ANNI *DETAIL ANY HEALTH AND SAFETY PROSECUTIONS OR WARNING NOTICES OR SERIOUS INCIDENT IN THE LAST 3 YEARS*
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?*

22000	☐	50001	☐	14001	☐	9001	☐	ALTRO	
INDICARE IL NOME DELL'ORGANISMO UTILIZZATO - CB'NAME									

PARTE 6 – CONTATTI - *CONTACT INFORMATION*

PRIVACY

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. 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.

○ **DO IL CONSENSO** ○ **NON DO IL CONSENSO**

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
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 *COMPANY NAME AND SITE ADDRESSES*	ATTIVITA' SVOLTE *ACTIVITIES*	ADDETTI *STAFF*	TURNAZIONE SI/NO *SHIFT Y/N*	ORARIO TURNO *START-END TIME*