

EMS - ISO 14001 SISTEMA DI GESTIONE AMBIENTALE - 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
<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>				
IN CASO DI TRASFERIMENTO DA UN ALTRO ORGANISMO INDICARE LA MOTIVAZIONE REASON FOR TRANSFER (WHEN APPLICABLE)				
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	
PROCESSI/ATTIVITA' OGGETTO DI CERTIFICAZIONE PLEASE DESCRIBE THE COMPANY'S BUSINESS ACTIVITY (SCOPE)				

PARTE 3: PERSONALE AZIENDALE - STAFF

NUMERO TOTALE DEL PERSONALE AZIENDALE / TOTAL STAFF	
DI QUESTI DISTINGUERE IN:	
PERSONALE AMMINISTRATIVO (SEGRETERIA, CONTABILITA', ECC) / OFFICE 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 APPLICABILE) / 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 IN OGNI TURNO SONO LE STESSA? - 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

CONSIDERANDO LO SCOPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTO, ELENCARE DI SEGUITO I PROCESSI/ATTIVITÀ COINVOLTI (PROGETTAZIONE DI ..., PRODUZIONE DI ..., VENDITA DI, FORNITURA DI SERVIZI DI, ECC)

PROCESSI/ATTIVITÀ PROCESSES INVOLVED	N. ADDETTI COINVOLTI EMPLOYEE NUMBERS
INDICARE EVENTUALI PROCESSI/SOTTOPROCESSI/ATTIVITÀ ESTERNALIZZATI. NELLA COLONNA DI DESTRA INDICARE IL NUMERO DI PROFESSIONISTI o FORNITORI / SUBAPPALTATORI (AZIENDE) UTILIZZATI/COINVOLTI PLEASE PROVIDE DETAIL OF ANY OUTSOURCED PROCESSES/SUB PROCESS	INDICARE IL N. DI PROFESSIONISTI o FORNITORI / SUBAPPALTATORI (AZIENDE) UTILIZZATI/COINVOLTI NUMBER OF OUTSOURCERS / SUB CONTRACTORS

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

IL SISTEMA DI GESTIONE È STATO SVILUPPATO/AGGIORNATO CON IL SUPPORTO DI UN CONSULENTE ESTERNO? SE SÌ, INDICARE IL NOME DELLA SOCIETÀ DI CONSULENZA E IL NOME DEL CONSULENTE.
GLI AUDIT INTERNI SONO ESEGUITI DA PERSONALE ESTERNO? SE SÌ, INDICARE IL NOME
WAS THE QMS DEVELOPED/UPDATED INTERNALLY OR WITH THE SUPPORT OF A CONSULTANT? If yes, please provide the Consultant Company name and the Consultant name. ARE INTERNAL AUDITS PERFORMED BY EXTERNAL PERSONNEL? if yes, please provide the name

È POSSIBILE CHE L'AZIENDA/PROFESSIONISTA ESTERNO DA VOI INCARICATO, POSSA AVERE RAPPORTI COMMERCIALE CON IL NOSTRO ORGANISMO (ANCHE REMUNERATI). TALE RAPPORTO NON PONE LA VOSTRA ORGANIZZAZIONE IN UNA POSIZIONE DI VANTAGGIO, NÉ INFLUISCE SUL PROCESSO DI CERTIFICAZIONE.

DETTAGLIARE GLI ASPETTI AMBIENTALI SIGNIFICATIVI DA VOI IDENTIFICATI
DETAIL THE SIGNIFICANT ENVIRONMENTAL ASPECTS YOU HAVE IDENTIFIED

ELENCARE EVENTUALI AUTORIZZAZIONI/LICENZE AMBIENTALI OTTENUTE
INDICARE EVENTUALI OBBLIGHI LEGALI O DI ALTRO TIPO APPLICABILI ALLA VOSTRA ATTIVITA'
PLEASE DETAIL ANY ENVIRONMENTAL PERMITS OR LICENSES THAT YOU HOLD

SE NEGLI ULTIMI 3 ANNI CI SONO STATE DENUNCE O AZIONI PENALI IN MATERIA AMBIENTALE, DETTAGLIARE DI SEGUITO
DETAILS ANY ENVIRONMENTAL COMPLAINTGS OR PROSECUTIONS THAT HAVE BEEN RECEIVED IN THE LAST 3 YEARS

INDICARE DI SEGUITO GLI STANDARD PER I QUALI SIETE GIÀ CERTIFICATI
IS YOUR COMPANY ALREADY CERTIFIED BY AN ACCREDITED 3RD PARTY CERTIFICATION BODY IN ANY OF THE STANDARDS BELOW?

22000		50001		13485		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, DI AVER PRESO CONOSCENZA DELLE INFORMAZIONI IVI CONTENUTE E DI PRESTARE LIBERO E INFORMATO CONSENSO ALLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI TRATTAMENTO:

A. TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI PER FINALITÀ DI MARKETING, VENDITA DIRETTA E RICERCHE DI MERCATO
 DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

B. COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI AD ALTRE SOCIETÀ DEL GRUPPO A CUBE TIC LTD
 DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

PERSONA DI RIFERIMENTO <i>CONTACT NAME</i>	FIRMA
RUOLO IN AZIENDA <i>POSITION</i>	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.

