

OHSMS - ISO 45001 SISTEMA 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
<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	

OHSMS - ISO 45001 SISTEMA DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO- QUESTIONARIO



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 <i>NUMBER OF THE SHIFT</i>	INIZIO TURNO <i>START TIME</i>	FINE TURNO <i>END TIME</i>	NUMERO DI ADDETTI PRESENTI PER OGNI TURNO <i>TOTAL NUMBER ON EACH SHIFTS</i>	
1				
2				
3				
LE ATTIVITA' SVOLTE IN OGNI TURNO SONO LE STESSE? - ARE THE ACTIVITIES OF EACH SHIFT IDENTICAL?			SI/yes	NO
SE DIVERSE FORNIRE DETTAGLI DELLE ATTIVITA' DI OGNI TURNO <i>IF "NO" PLEASE DETAIL THE DIFFERENT ACTIVITIES BETWEEN EACH SHIFT</i>				

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

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

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

<p>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 OHSMS 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</p>									
<p>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.</p>									
<p>ELENCARE I PERICOLI/RISCHI SIGNIFICATIVI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA SUL LAVORO CHE AVETE IDENTIFICATO PLEASE DETAIL THE SIGNIFICANT OCCUPATIONAL HEALTH & SAFETY HAZARDS YOU HAVE IDENTIFIED</p>									
<p>ELENCARE GLI OBBLIGHI LEGALI O DI ALTRO TIPO APPLICABILI ALLA VOSTRA ATTIVITA' IN TEMA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO PLEASE PROVIDE DETAILS OF THE LEGAL OR OTHER OBLIGATIONS THAT ARE APPLICABLE TO THE COMPANY ACTIVITIES</p>									
<p>SE NEGLI ULTIMI 3 ANNI CI SONO STATI PROCEDIMENTI GIUDIZIARI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA O INFORTUNI GRAVI, DETTAGLIARE DI SEGUITO DETAIL ANY HEALTH AND SAFETY PROSECUTIONS OR WARNING NOTICES OR SERIOUS INCIDENT IN THE LAST 3 YEARS</p>									
<p>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?</p>									
14001		50001		13485		9001		ALTRO	
INDICARE IL NOME DELL'ORGANISMO UTILIZZATO - CB'NAME									

PARTE 6 – CONTATTI - CONTACT INFORMATION

PRIVACY			
<p>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:</p>			
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 CONTACT NAME		FIRMA	
RUOLO IN 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.

OHSMS - ISO 45001 SISTEMA DI GESTIONE PER LA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO-
QUESTIONARIO



PER RICEVERE UNA QUOTAZIONE INVIARE IL MODULO A AJA EUROPE SRL VIA E.MAIL ALL'INDIRIZZO
INFO@ACUBETIC.COM

PARTE 7 – CONFERMA DEI DATI DA PARTE DEL LEAD AUDITOR (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 del Lead Auditor		Firma del Lead Auditor		Data	
-----------------------	--	------------------------	--	------	--

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

INDIRIZZO SITI E NOME AZIENDE (IN CASO DI CERTIFICAZIONI DI GRUPPO) COMPANY NAME AND SITE ADDRESSES	ATTIVITA' SVOLTE ACTIVITIES INVOLVED (SCOPE)	ADDETTI STAFF	TURNAZIONE SI/NO SHIFT Y/N	ORARIO TURNO START-END TIME