

Compilare ed inviare a [certificazione@tec-eurolab.com](mailto:certificazione@tec-eurolab.com)

### INFORMAZIONI TECNICHE PRELIMINARI

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Telefono:	e-mail:
Persona di riferimento:	Telefono:

SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:

Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:

Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITA' ALLA NORMA UNI EN ISO 3834				
	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-2 Requisiti di qualità estesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-3 Requisiti di qualità normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-4 Requisiti di qualità elementari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITA' ALLA NORMA UNI EN 1090		
	Prima Certificazione	Supplementare
<input type="checkbox"/> UNI EN 1090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASSE DI ESECUZIONE	<input type="checkbox"/> EXC1 <input type="checkbox"/> EXC2 <input type="checkbox"/> EXC3 <input type="checkbox"/> EXC4	
METODO DI MARCATURA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3A <input type="checkbox"/> 3B	

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITA' ALLA NORMA UNI EN ISO 9001				
	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001:2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* In caso di applicazione della modalità TRANSFER, indicare:

- Data di emissione del Certificato in essere: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Organismo di Certificazione che ha emesso il Certificato: \_\_\_\_\_

**Si richiede di allegare al presente modulo copia del Certificato aziendale in essere e copia dell'ultimo Rapporto di Audit conseguito.**

**TIPOLOGIA DI PRODOTTO/ATTIVITÀ DA CERTIFICARE**
**L'ORGANIZZAZIONE:**

• Possiede le Qualifiche del Personale di saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Possiede le Qualifiche dei Procedimenti di saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha nominato il Coordinatore di Saldatura? Se si, indicare se interno o esterno: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha nominato il personale addetto ai Controlli Con Distruttivi? Se si, indicare se interno o esterno _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se si, indicare quali _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Effettua trattamenti termici post saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Gestisce il processo di progettazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Intende certificare il processo di montaggio in cantiere, se applicabile?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**INDICARE IL NUMERO DI PERSONE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE (collaboratori, attività in outsourcing)**

N. totale dipendenti azienda: _____	N. dipendenti interessati alla certificazione: ✓ N. Responsabili di Processo (commerciale, acquisti, produzione, ...): _____; ✓ N. Responsabile Qualità + Addetti Qualità: _____; ✓ N. Responsabile FPC + Addetti FPC (solo per EN 1090): _____; ✓ N. Coordinatori Saldatura (non richiesto per 3834-4 e 9001): _____.
--	--

**CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA ALTRI ENTI (ANCHE DI PRODOTTO, SE PRESENTI)**

Tipo di certificazione	Rilasciata da	In data
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**CONSULENTE e/o SOC. DI CONSULENZA UTILIZZATO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE**

L'Organizzazione ha utilizzato società e/o consulente per la predisposizione del sistema? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Telefono:	e-mail:
Persona di riferimento:	Telefono:

Periodo richiesto per Audit (mese/anno): _____	
Questionario compilato da:	Funzione aziendale:
Timbro e Firma :	data:

