



Compilare e inviare a certificazione@sideius.com
DOMANDA DI CERTIFICAZIONE

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Telefono:	e-mail:
Persona di riferimento:	Telefono/e-mail:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:

Se vi sono altri siti produttivi per i quali si richiede la certificazione, indicare in un foglio allegato:

1) l'indirizzo, 2) le attività/processi svolti nei diversi siti produttivi 3) il numero degli addetti per ogni sito produttivo

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ ALLA NORMA UNI EN ISO 9001 / UNI EN ISO 3834 / UNI/PdR 125				
	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-2 Requisiti di qualità per la saldatura - estesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-3 Requisiti di qualità per la saldatura - normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-4 Requisiti di qualità per la saldatura - elementari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI/PdR 125	<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: _____

■ Motivazione per il trasferimento: _____

■ Eventuali procedimenti legali in corso: NO SI

■ Sono stati ricevuti reclami nell'ultimo anno? NO SI
In caso affermativo, sono stati gestiti in modo adeguato? SI NO

■ Sono presenti NC ancora aperte e per le quali non è stata ancora verificata l'attuazione delle azioni correttive? NO SI

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





TIPOLOGIA DI PRODOTTO/ATTIVITÀ DA CERTIFICARE																							
PER LO SCHEMA UNI EN ISO 9001, L'ORGANIZZAZIONE:																							
• Ha nominato il Responsabile Qualità? Se sì, indicare se interno o esterno:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se sì, indicare quali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Applica il paragrafo della norma "Progettazione e sviluppo di prodotti\servizi"? Indicare eventuali ulteriori paragrafi della norma non applicabili:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Applica delle prescrizioni legali al prodotto/servizio oggetto di certificazione? Se sì, indicare le principali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Ha già effettuato un Audit Interno completo ed un riesame della Direzione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
PER LO SCHEMA UNI EN ISO 3834, 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 sì, indicare se interno o esterno:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Ha nominato il personale addetto ai Controlli Con Distruttivi? Se sì, indicare se interno o esterno:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se sì, indicare quali:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Effettua trattamenti termici post saldatura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Quali processi di saldatura intende certificare? (135 – filo pieno MAG, 131 – filo pieno MIG, 141 – TIG, 111 – elettrodo, 121 – arco sommerso, ...)?																							
• Quali materiali intende certificare? (acciaio al carbonio, acciaio inox, alluminio, ...)																							
PER LO SCHEMA UNI/PdR 125, L'ORGANIZZAZIONE:																							
• In che fascia di classificazione si attesta?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>V</th> <th>FASCIA</th> <th>CLUSTER</th> <th>N. ADDETTI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>Micro</td> <td>1 ÷ 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td>Piccola</td> <td>10 ÷ 49</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> <td>Media</td> <td>50 ÷ 249</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> <td>grande</td> <td>≥ 250</td> </tr> </tbody> </table>			V	FASCIA	CLUSTER	N. ADDETTI	<input type="checkbox"/>	1	Micro	1 ÷ 9	<input type="checkbox"/>	2	Piccola	10 ÷ 49	<input type="checkbox"/>	3	Media	50 ÷ 249	<input type="checkbox"/>	4	grande	≥ 250
V	FASCIA	CLUSTER	N. ADDETTI																				
<input type="checkbox"/>	1	Micro	1 ÷ 9																				
<input type="checkbox"/>	2	Piccola	10 ÷ 49																				
<input type="checkbox"/>	3	Media	50 ÷ 249																				
<input type="checkbox"/>	4	grande	≥ 250																				
• Ha nominato il Comitato Guida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
• Il risultato della pesatura dei KPI delle 6 aree di valutazione individuate dalla UNI/PdR 125 è risultato pari ad almeno 60/100?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO																					
NUMERO DI PERSONE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE:																							
N. totale dipendenti dell'Organizzazione: <hr/>	N. persone interessate alla certificazione: ✓ N. Manager e Resp. di Processo (es. Direzione, Amministrazione, HR, Legale, Commerciale, Tecnico, Acquisti, Sistema di Gestione Qualità/Parità di Genere, Produzione, ecc.): _____ ✓ N. Collaboratori coinvolti in attività gestionali (Addetti formazione risorse umane, Addetti comunicazione, Addetti commerciali, Addetti acquisti, Assicurazione qualità, Pianificatori, ecc.): _____ ✓ N. Collaboratori coinvolti nei processi operativi (es. Addetti al controllo, Magazzinieri, Operatori, ecc.): _____ ✓ N. Coordinatori Saldatura (non richiesto per ISO 9001, ISO 3834-4 e UNI/PdR 125): _____ NOTA: Rientra in tale conteggio il personale on-site e off-site, dipendenti a tempo determinato ed indeterminato, lavoratori stagionali, personale a contratto, collaboratori esterni, turnisti, ecc.																						





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/SOCIETÀ DI CONSULENZA UTILIZZATO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE		
L'Organizzazione è ricorsa alla consulenza per la predisposizione del sistema di gestione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se sì, indicare: • il nome del consulente incaricato per il sistema di gestione: _____ • la società di consulenza a cui appartiene il consulente: _____		
L'Organizzazione ritiene necessario effettuare un pre-audit? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Se sì, indicare il periodo richiesto (mese/anno): _____		
Periodo richiesto per Audit (mese/anno): _____		
Questionario compilato da:	Funzione aziendale:	
Timbro e Firma:	Data:	

