



Compilare ed 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 3834 / UNI EN 1090				
	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
<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 EN 1090 Esecuzione di strutture di acciaio ed alluminio	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>* In caso di applicazione della modalità TRANSFER, indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Data di emissione del Certificato in essere: ____ / ____ / ____ Organismo di Certificazione che ha emesso il Certificato: _____ Motivazione per il trasferimento: _____ Eventuali procedimenti legali in corso: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sono stati ricevuti reclami nell'ultimo anno? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI In caso affermativo, sono stati gestiti in modo adeguato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Sono presenti NC ancora aperte e per le quali non è stata ancora verificata l'attuazione delle azioni correttive? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI 				
<p>Si richiede di allegare copia del Certificato aziendale in essere e copia dell'ultimo Rapporto di Audit conseguito.</p>				



TIPOLOGIA DI PRODOTTO/ATTIVITÀ DA CERTIFICARE		
PER GLI SCHEMI UNI EN ISO 3834 / UNI EN 1090, 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"/> interno <input type="checkbox"/> 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 EN 1090, L'ORGANIZZAZIONE:		
• Qual è la parte della UNI EN 1090 in accordo alla quale intende certificarsi?	<input type="checkbox"/> Parte 2: acciai <input type="checkbox"/> Parte 3: alluminio	
• Qual è la Classe di Esecuzione in cui intende certificarsi?	<input type="checkbox"/> EXC1 <input type="checkbox"/> EXC2 <input type="checkbox"/> EXC3 <input type="checkbox"/> EXC4	
• Indicare il livello di qualifica del Coordinatore di Saldatura:	<input type="checkbox"/> B (base) <input type="checkbox"/> S (specifico) <input type="checkbox"/> C (completo)	
• Gestisce il processo di progettazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Quali Metodi di Marcatura intende certificare?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3a <input type="checkbox"/> 3b	
• Intende certificare il processo di montaggio in cantiere, se applicabile?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
NUMERO DI PERSONE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE:		
N. totale dipendenti dell'Organizzazione: _____	N. persone interessate alla certificazione: ✓ N. Manager e Resp. di Processo (es. Direzione, Commerciale, Tecnico, Acquisti, Qualità, Produzione, ecc.): _____ ✓ N. Collaboratori coinvolti nei processi operativi (es. Addetti al controllo Qualità, Operatori NDT, Saldatori/Carpentieri, ecc.): _____ ✓ N. Coordinatori Saldatura (interni ed esterni; RWC – Responsible Welding Coordinator e DWC – Deputy Welding Coordinator) - non richiesto per 3834-4 ed EN 1090 – EXC1): _____	
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/FPC DI PRODOTTO		



L'Organizzazione è ricorsa alla consulenza per la predisposizione del sistema di gestione/FPC di Prodotto? ☐ SI ☐ 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? ☐ SI ☐ NO

Se sì, indicare il periodo richiesto (mese/anno):

Periodo richiesto per Audit (mese/anno):

Questionario compilato da:

Funzione aziendale:

Timbro e Firma:

Data:

