



**Compilare ed inviare a [certificazione@sideius.com](mailto: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"/>	/

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

- Data di scadenza del Certificato in essere: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Organismo di Certificazione che ha emesso il Certificato: \_\_\_\_\_
- Motivazione del trasferimento: \_\_\_\_\_
- Eventuali procedimenti legali in corso:  NO  SI

Sono presenti NC 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 rilasciato.***



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 Non 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	
• 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	
• Quali processi produttivi intende certificare? <input type="checkbox"/> Taglio/foratura termica <input type="checkbox"/> Taglio a freddo <input type="checkbox"/> Foratura meccanica <input type="checkbox"/> Piegatura <input type="checkbox"/> Calandratura <input type="checkbox"/> Saldatura <input type="checkbox"/> Trattamenti termici <input type="checkbox"/> Trattamenti superficiali <input type="checkbox"/> Montaggio in cantiere		
• Se presente il processo di saldatura, indicare il livello di qualifica del Coordinatore di Saldatura:	<input type="checkbox"/> B (base) <input type="checkbox"/> S (specifico) <input type="checkbox"/> C (completo)	
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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, indicare: <ul style="list-style-type: none"><li>il nome del consulente incaricato per il sistema di gestione: _____</li><li>la società di consulenza a cui appartiene il consulente: _____</li></ul>	
L'Organizzazione ritiene necessario effettuare un pre-audit? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se si, indicare il periodo richiesto (mese/anno):	
Periodo richiesto per Audit (mese/anno):	
Questionario compilato da:	Funzione aziendale:
Timbro e Firma:	Data: