Vi chiediamo gentilmente di compilare i campi del presente modello riguardanti la vostra Organizzazione.

Vi invitiamo a prendere visione del nostro “*Regolamento per la certificazione di Prodotti/Servizi*” disponibile sul nostro sito [www.dimensionequalita.it](http://www.dimensionequalita.it), che sarà parte integrante e sostanziale dell’eventuale offerta derivante dall’analisi del presente questionario. Dopo aver compilato i campi sottostanti Vi chiediamo cortesemente, di inviarlo via mail a [ufficiotecnico@dimensionequalita.it](mailto:ufficiotecnico@dimensionequalita.it) o via fax al n. 041 970208

**VI PREGHIAMO DI ALLEGARE AL PRESENTE UNA VISURA CAMERALE IN CORSO DI VALIDITÀ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DI VISITA (Indicare la tipologia di visita interessata)** | | |
| * **CERTIFICAZIONE** | * **RINNOVO** | * **TRASFERIMENTO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANAGRAFICA DELL’AZIENDA RICHIEDENTE** | | | | | | | | | | |
| **RAGIONE SOCIALE (come in CCIAA)** | | | |  | | | | | | |
| **SEDE LEGALE** | | INDIRIZZO | |  | | | | | | |
| CITTÀ | |  | | | PROV. |  | CAP. |  |
| TEL. | |  | | | | | FAX |  | | |
| EMAIL | |  | | | | | | | | |
| PEC | |  | | | | | | | | |
| PARTITA IVA / CODICE FISCALE | | | |  | | | | | | |
| **SEDE**  **OPERATIVA** | **N. 1** | | INDIRIZZO |  | | | | | | |
| **N. 2** | | INDIRIZZO |  | | | | | | |
| **L’ORGANIZZAZIONE POSSIEDE ALTRE CERTIFICAZIONI? (ISO 9001, ECC.)** | | | | * NO | * SÌ (Indicare quale Certificazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **PROCEDIMENTI LEGALI E/O RECLAMI IN CORSO RELATIVAMENTE ALLE ATTIVITÀ OGGETTO DI CERTIFIFCAZIONE** | | | | * NO | * SÌ (Allegare documentazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **RAPPRESENTANTE LEGALE** | | | |  | | | | | | |
| **NUMERO DI ISCRIZIONE AL REGISTRO TELEMATICO NAZIONALE (IR ISCRIZIONE IMPRESE)** | | | | | | **IR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **NEL CASO L’ORGANIZZAZIONE SIA ASSISTITA DA UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA O UN LIBERO PROFESSIONISTA INDICARNE IL NOME** | | | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ATTIVITÀ OGGETTO DELLA CERTIFICAZIONE** | |
| **REGOLAMENTO 2015/2067** | **REGOLAMENTO 304/2008** |
| **installazione, riparazione, manutenzione, assistenza o smantellamento, di apparecchiature fisse di refrigerazione, di condizionamento d’aria e pompe di calore fisse contenenti gas fluorurati a effetto serra.** | **Installazione, riparazione, manutenzione, assistenza o smantellamento, di apparecchiature di protezione antincendio contenenti gas fluorurati a effetto serra.** |
| **DATA OBIETTIVO DI CERTIFICAZIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORGANICO DELLA’AZIENDA – RIPORTARE IL NUMERO DI OPERATORI CONVOLTI NELL’ ATTIVITÀ DI CERTIFICAZIONE** | | | |
| **N° ADDETTI INTERNI** |  | **N° ADDETTI ESTERNI** |  |
| **TOTALE** |  | | |
| **MEDIA FATTURATO ULTIMO TRIENNIO\*** |  | | |

**\*** INDICARE SOLO IL FATTURATO RELATIVO ALLE ATTIVITA’ DI INSTALLAZIONE, RIPARAZIONE, MANUTENZIONE, ASSISTENZA E SMANTELLAMENTO DI APPARECCHIATURE FISSE DI REFRIGERAZIONE E DI CONDIZIONAMENTO D’ARIA, POMPE DI CALORE FISSE E DI APPARECCHIATURE DI PROTEZIONE ANTINCENDIO, CON ESCLUSIONE di quello generato dall’eventuale acquisto, vendita e utilizzo di apparecchiature e materiali.

**Per ogni € 200.000 di fatturato specifico** **l’Impresa deve avere almeno una persona in possesso di certificato per la categoria I ai sensi del Reg. UE 2015/2067 o Reg. CE 304/2008.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELENCO PERSONALE CERTIFICATO**  **(Se lo spazio non fosse sufficiente allegare in pdf l’elenco completo del personale certificato)** | | |
| **NOMINATIVO** | **N. CERTIFICATO** | **ENTE DI CERTIFICAZIONE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DA COMPILARE NEL CASO DI TRASFERIMENTO DEL CERTIFICATO DA ALTRO ORGANISMO ACCREDITATO** | |
| **RAGIONI DELLA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO** |  |
| **CERTIFICAZIONE IN CORSO**  **DI VALIDITÀ \*** | **SCADENZA** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| **ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE DI PROVENIENZA** |  |
| **\* NOTE: Per procedere al trasferimento del Certificato oltre a compilare i campi di cui sopra bisogna che siano rispettate le seguenti condizioni: la validità del Certificato non sia subordinata alla gestione di eventuali reclami/ricorsi; non vi siano procedimenti giudiziari in corso o condanne passate in giudicato per responsabilità da prodotto difettoso.** | |
| **ALLEGATI OBBLIGATORI AI FINI DEL TRASFERIMENTO:**   * **COPIA DEL CERTIFICATO IN CORSO DI VALIDITÀ** * **DICHIARAZIONE DA PARTE DELL’ORGANISMO DI PROVENIENZA DI NON AVERE PENDENZE ECONOMICHE E TECNICHE** | |

**VI PREGHIAMO DI ALLEGARE AL PRESENTE UNA VISURA CAMERALE IN CORSO DI VALIDITÀ**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si dichiara di aver preso visione e di accettare le modalità e le finalità di trattamento dei dati, come disposto nell’Informativa Privacy ai sensi dell’art. 13 GDPR ricevuta e consultabile sul sito [www.diqu.it](http://www.diqu.it)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_