



IAF38

(Sanità ed altri servizi sociali)

DOMANDA DI OFFERTA SG

(nell'eventualità è possibile barrare anche più di una casella)

CERTIFICAZIONE

ESTENSIONE

RINNOVO

PASSAGGIO DA ALTRO CAB

Vi chiediamo gentilmente di compilare i riguardanti la vostra Organizzazione. Questo ci consentirà di proporre un'offerta personalizzata in conformità alle guide IAF MD1, 2, 3, 4, 5 e 11, IAF ID1 (ove applicabili), ai documenti ACCREDIA RT09, RT12, RT20, RT21 e RT32 ed altri documenti tecnici di riferimento (revisione vigente).

Att:

Fax

1. Generalità dell'organizzazione (cfr CCIAA)

1.1 Dati anagrafici Organizzazione (validi anche per la fatturazione)

Ragione/Denominazione Sociale:

Stato Giuridico

Ditta Individuale Società Persone Società Capitali

Codice Fiscale:

P.IVA

Tipo Sede

Legale Operativa Legale ed Operativa

Indirizzo:

CAP:

Città:

Provincia:

Tel:

Cell.:

PEC/e-mail:

Codice univoco:

sito internet:

Personale di riferimento:

Funzione aziendale

1.2 Altra(e) sede(i) da verificare, se differente(i) dalla sede legale (*)

Tipo Sede

Operativa Permanente/Temporanea

Indirizzo:

CAP:

Città:

Provincia:

Tel:

Fax:

Cell.:

Tipo Sede

Operativa Permanente/Temporanea

Indirizzo:

CAP:

Città:

Provincia:

Tel:

Fax:

Cell.:

(*) Nel caso di più sedi operative compilare questo modulo per tutte le unità che si vogliono certificare o allegare un elenco indicando le generalità dell'organizzazione ed i dati per la certificazione.

1.3 Certificazione di sistema richiesta

Qualità

Ambiente

Salute e Sicurezza

Energia

Food Safety

Altro

ISO 9001:2015

ISO 14001:2015

ISO 45001:2023

ISO 50001:2018

ISO 22000:2018

.....

Data dalla quale codesta organizzazione è pronta per sostenere il/gli audit:

Indicare il nominativo dell'eventuale società di consulenza che ha supportato l'organizzazione nello sviluppo ed implementazione del sistema di gestione (riportare puntualmente anche i nomi dei professionisti incaricati dalla società):

Documenti da fornire a seguito di sottoscrizione per accettazione dell'offerta commerciale:

- ✓ Certificato C.C.I.A.A. in corso di validità;
- ✓ Certificato emesso da altro CAB, ove applicabile;
- ✓ Dichiarazione d'esistenza o meno di pregresse sanzioni e/o condanne per aspetti sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro;
- ✓ Documento d'identità del Dichiarante/Sottoscrittore in corso di validità (**OBBLIGATORIO**).



1.4 L'Organizzazione, in persona del Dichiarante/Sottoscrittore di cui al punto 1.0, dichiara che le caratteristiche organizzative e gestionali sono le seguenti:

<input type="checkbox"/> Organizzazione di Tipo "A"	Struttura Operativa singola, autonoma
<input type="checkbox"/> Organizzazione di Tipo "B"	Singola Unità Operativa in Struttura complessa
<input type="checkbox"/> Organizzazione di Tipo "C"	Strutture Sanitarie Complesse (es. ASL, Ospedale, ecc.) organizzate in: <input type="checkbox"/> Dipartimenti <input type="checkbox"/> Unità Operative

Definizioni

Struttura	Con tale termine si può intendere, a seconda del contesto, tanto l'azienda sanitaria nel suo complesso (es. ospedale, casa di cura, poliambulatorio privato, laboratorio di analisi privato, ecc.) quanto una singola unità operativa di un'azienda sanitaria di grandi dimensioni oggetto della visita ispettiva (es. il poliambulatorio di un'azienda sanitaria, il reparto di medicina interna di un ospedale, ecc.) Nella struttura devono esistere le funzioni di direzione generale, tecnica e organizzativa (a volte anche amministrativa).
Struttura Complessa	Articolazione organizzativa per la quale è prevista la responsabilità di gestione di risorse umane, tecnologiche e materiali. Il grado di complessità della struttura complessa può variare anche sensibilmente, in quanto la medesima può coincidere con la singola Unità Operativa Autonoma, con il dipartimento, distretto sanitario o presidio ospedaliero.
Unità Operativa	Struttura che rappresenta un'articolazione del Dipartimento e aggrega risorse afferenti ad un sistema tecnico comune, definito dalla disciplina di riferimento oppure da particolari patologie o popolazioni target. Può definirsi a diversi livelli assistenziali (degenza ordinaria, day hospital, assistenza ambulatoriale, domiciliare).

Da compilare nel caso di Organizzazione identificabile come Tipo "A" o "B" (**)

a) L'organizzazione, in persona del Dichiarante/Sottoscrittore di cui al punto 1.0, dichiara che sono presenti le seguenti unità operative con dettaglio della disciplina di riferimento:

Unità Operativa	Disciplina di Riferimento

(**) Nel caso in cui gli spazi riservati per tali informazioni siano insufficienti, è possibile replicare la suddetta tabella o riportare gli stessi in documento esterno da allegare alla presente.



*Da compilare nel caso di Organizzazione identificabile come Tipo "C" (**)*

b) L'organizzazione, in persona del Dichiarante/Sottoscrittore di cui al punto 1.0, dichiara che sono presenti i seguenti dipartimenti con le relative unità operative e dettaglio delle discipline di riferimento, ovvero le seguenti unità operative non organizzate in dipartimenti e dettaglio delle discipline di riferimento

Dipartimenti	Unità Operativa	Disciplina di Riferimento

(**) Nel caso in cui gli spazi riservati per tali informazioni siano insufficienti, è possibile replicare la suddetta tabella o riportare gli stessi in documento esterno da allegare alla presente.

1.5 L'Organizzazione, in persona del Dichiarante/Sottoscrittore di cui al punto 1.0, dichiara che il numero dell'organico complessivo (A+B+C), come da uniEMens, e i turni di lavoro sono i seguenti:

(A) Dipendenti nella sede: (B) Dipendenti nel sito/i produttivo/i: (C) Subappaltatori, autonomi e cottimisti:

Numero turni lavoro:

Part-Time

Organico complessivo (A+B+C):

Indicare, se applicabile, il n° di siti informatizzati contenenti informazioni per l'audit cui accedere tramite remoto: _____

2. Dati per la certificazione

2.1 Nel caso di passaggio da altro CAB:

a. Indicare il tipo di audit in precedenza sostenuto e l'ultimo giorno di audit:

Tipo Audit	(gg/mm/aaaa)	Tipo Audit	(gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> AUDIT DI CERTIFICAZIONE (FASE2)	___/___/___	<input type="checkbox"/> AUDIT II SORVEGLIANZA	___/___/___
<input type="checkbox"/> AUDIT I SORVEGLIANZA	___/___/___	<input type="checkbox"/> AUDIT RINNOVO	___/___/___

b. Indicare la motivazione puntuale:

2.2 Descrizione attività-processi-prodotti/servizi coperti dal sistema di gestione dell'organizzazione (incluse le esclusioni) - N.B. Indicare esclusivamente le attività per le quali si richiede la certificazione



2.3 Indicare eventuali modifiche aziendali sopravvenute nel corso di validità della certificazione (es. cambio proprietà, dirigenti con ruoli chiave, personale tecnico, attrezzature o macchinari, attività o processi, ecc.) *(da non compilare in caso di certificazione)*

--

2.4 Elencare i processi e/o le attività che l'azienda dà in OUT-SOURCING (SUBAPPALTO):

1.	4.
2.	5.
3.	6.

2.5 L'organizzazione, in persona del Dichiarante/Sottoscrittore di cui al punto 1.0, dichiara che i siti temporanei, non comprendenti le eventuali unità operative, gestiti o in gestione dalla data di implementazione del SG, ricadenti nel campo di applicazione richiesto, risultano quelli indicati nell'ALLEGATO A alla presente domanda.

3. Autorizzazioni ambientali in possesso delle organizzazioni richiedenti la certificazione ISO 14001

N°	Elenco Autorizzazioni	Ente Emittente	Data Emissione	Data Scadenza
1				
2				
3				

4. Descrizione processi e relativa normativa cogente per i richiedenti la certificazione ISO 45001

N°	Descrizione Processi	Leggi e Regolamenti correlati
1		
2		
3		

5. Selezionare gli aspetti applicabili all'organizzazione, in caso di richiesta di audit combinati/integrati

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Riesami Direzione che considerano strategie e pianificazione globali dell'organizzazione | |
| <input type="checkbox"/> Predisposizione di documentazione integrata tra cui istruzioni di lavoro, ad un buon livello di sviluppo | |
| <input type="checkbox"/> Approccio integrato per i meccanismi di miglioramento (Azioni correttive e preventive, misurazioni e miglioramento continuo) | |
| <input type="checkbox"/> Approccio integrato per la pianificazione, con un buon uso di approcci per una globale gestione del rischio dell'organizzazione | |
| <input type="checkbox"/> Approccio integrato per i processi di sistema | <input type="checkbox"/> Approccio integrato per gli audit interni |
| <input type="checkbox"/> Approccio integrato per politica ed obiettivi | <input type="checkbox"/> Responsabilità e supporto della Direzione unificata |

6. Modalità di conoscenza di ACCERTA S.P.A.

Avete conosciuto ACCERTA tramite:

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Publicità su giornale | <input type="checkbox"/> | Org. certificata ACCERTA | <input type="checkbox"/> | Corso di formazione | <input type="checkbox"/> |
| Convegno/Seminario | <input type="checkbox"/> | Contatto ACCERTA | <input type="checkbox"/> | Sito web ACCREDIA | <input type="checkbox"/> |
| Sito web ACCERTA | <input type="checkbox"/> | Consulente | <input type="checkbox"/> | Altro:..... | <input type="checkbox"/> |

7. Eventuali richieste erogazione altri servizi

Se desiderate comunicarci gli altri servizi di cui la Direzione dell'organizzazione intende usufruire, a breve o in futuro, nell'ambito delle attività di certificazione, Vi preghiamo di volerci indicare le aree di Vs maggiore interesse:

1.	3.
2.	4.

8. Allegati

Allegati di interesse alla presente:

- ALLEGATO A – AUDIT DA REMOTO**

(da compilare e sottoscrivere se necessario)



9. Privacy

INFORMATIVA ex ARTT. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679

Il CAB opera nella piena conformità ed applicazione del Regolamento UE 2016/679 circa il trattamento dei dati forniti dall'organizzazione, in particolare, si rimanda ad una espressa condivisione degli artt. 1-14 del citato Regolamento e per maggiore trasparenza si richiama l'articolo 15 "Diritto di accesso dell'interessato". Il testo integrale di tale articolo è riportato nel documento "Informativa ex artt. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679", parte integrante della presente Domanda di Offerta e disponibile sul sito www.accerta.it.

Pertanto, l'invio della presente domanda costituisce anche evidenza della presa visione e relativa prestazione del consenso al trattamento dei dati citati nel documento "Informativa ex artt. 12, 13, 14 del Reg. Europeo n. 2016/679", documento che deve essere preso in carico e conservato dall'organizzazione unitamente agli altri documenti richiamati all'interno del presente regolamento, nella revisione vigente.

Il titolare del trattamento dei dati è Accerta S.p.A. con sede in Pagani (SA), alla Via Mammì, snc nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AI SENSI DELL'ART. 7 del Reg. Europeo n. 2016/679

L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali potrà determinare l'impossibilità al proseguimento del rapporto.

Il sottoscritto, i cui dati e relativi poteri sono indicati al punto 1.0 della presente, a seguito di presa visione delle informazioni di cui all'art. 7 del Reg. Europeo n. 2016/679 acconsente al trattamento di dati sensibili in conformità a quanto sopra indicato sia per se stesso che per tutti lavoratori ad esso subordinati.

Per accettazione delle sezioni da 1 a 9 e relativi punti ed ALLEGATI

Data

Il Legale Rappresentante
(o un Rappresentante autorizzato)

(Timbro e Firma Leggibile)

L'invio della domanda di offerta NON impegna l'organizzazione richiedente nei confronti di ACCERTA SPA, ma costituisce esclusivamente richiesta di emissione di offerta commerciale per le condizioni generali di erogazione del servizio. L'organizzazione, inoltre, accetta di adeguarsi ai requisiti per la certificazione di ACCERTA S.p.A. e di essere disposta a fornire ogni utile informazione necessaria per la valutazione nel caso di accettazione dell'offerta commerciale.

Vi preghiamo voler inviare il presente documento a mezzo e-mail al seguente indirizzo: info@accerta.it ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: info@pec.accerta.it

Parte riservata ad Accerta S.p.A (non scrivere nell'area sottostante)

Riesame della Domanda a cura del Direttore Tecnico

<p>Data di effettuazione</p> <p>_____</p>	<p>Timbrare e siglare per avvenuta effettuazione</p>
<p>Esito</p> <p><input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo</p>	



ALLEGATO A – AUDIT DA REMOTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

e residente in _____ alla via _____ n. _____

CF

nella qualità di _____ dell'organizzazione _____

CF/PIVA

certificato al n. _____ norma: ISO9001 ISO14001 ISO 45001 ISO22000 ISO50001 _____

(da NON compilare in caso di audit di CERTIFICAZIONE)

CONSIDERATA la possibilità di effettuazione degli audit in modalità REMOTO, secondo quanto stabilito dalle disposizioni internazionali IAF applicabili e così come indicato nel RGPO0101 - Regolamento Generale Certificazione Sistemi Gestione in revisione corrente

DICHIARA di voler procedere alla pianificazione della verifica oggetto della presente in modalità DA REMOTO.

Essendo in possesso di adeguata strumentazione HW e SW nonché di connessione internet, DICHIARA INOLTRE di essere in grado e disponibile alla conduzione dell'audit da remoto secondo le modalità e le tecniche previste nei documenti di interesse rilasciati dallo IAF (IAF MD04 e IAF ID3) e così come indicato nel RGPO0101 - Regolamento Generale Certificazione Sistemi Gestione in revisione corrente.

Inoltre COMUNICA CHE

È possibile collegarsi con l'organizzazione in via remota con la seguente tecnologia/con i seguenti mezzi:

Whatsapp Skype Zoom Altro _____

L'organizzazione dispone della seguente strumentazione HW per connessione da remoto tipo video – audio/video:

PC desk con annessa webcam e microfono

Notebook con webcam e microfono integrato

Tablet Smartphone

altra periferica o apparecchiatura elettronica _____

È possibile visionare il sito di produzione (ove applicabile)

SI NO NA

È possibile intervistare il personale in maniera telematica

SI NO NA

L'organizzazione può mettere a disposizione la documentazione necessaria in via remota tramite la seguente tecnologia/con i seguenti mezzi:

e-mail Cartella condivisa su Cloud VPN

accesso a Cloud aziendale Accesso remoto al server

Whatsapp Skype Zoom Altro _____

Infine, ai fini della *valutazione/determinazione/classificazione del rischio*, DICHIARA CHE

SI

NO – totale interruzione per le seguenti motivazioni:

NO – parziale interruzione per le seguenti motivazioni:

È garantita la regolare gestione delle attività inerenti lo scopo di certificazione?

L'organizzazione provvederà utilizzare in alternativa altri siti di produzione e/o distribuzione?

NO

SI – attualmente coperti da certificazione

SI – da valutare

L'organizzazione è certificata secondo uno standard di sistema di gestione che richiede un piano di ripristino di emergenza o un piano di risposta alle emergenze?

NO

SI – provveduto ad implementare piano e lo stesso risulta efficace

SI – provveduto ad implementare piano e lo stesso non risulta efficace



L'organizzazione provvede/provederà a subappaltare parte dei processi e/o servizi e/o prodotti?

- NO
 SI – indicare le modalità operative adottate per il controllo delle attività affidate in subappalto

Il funzionamento del sistema di gestione risulta essere stato influenzato da fattori esterni?

- NO
 SI – indicare in che misura risulta influenzato il funzionamento del sistema di gestione

L'organizzazione ha provveduto ad individuare siti di campionamento alternativi, a seconda dei casi.

- NO
 SI – indicare i siti di campionamento alternativi individuati

In caso di basso rischio (laddove vi sia possibilità di procedere con remote audit, il sistema di gestione sia mantenuto e l'operatività non sia interrotta per più di 6 mesi) si prega di identificare il metodo proposto di audit da remoto

- Riunioni; mediante strumenti di teleconferenza, inclusa la condivisione di audio, video e dati
 Controllo / valutazione di documenti e registrazioni mediante accesso remoto, in modo sincrono (in tempo reale) o asincrono (se applicabile)
 Registrazione di informazioni e prove mediante registrazioni di video o audio
 Fornire accesso visivo / audio a postazioni remote o potenzialmente pericolose

Il Legale Rappresentante _____

(o un Rappresentante autorizzato)

(Timbro e Firma Leggibile)