

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DI PRODOTTO

Reg. (UE) 2015/2067 - Reg. (CE) 304/2008

gas fluorurati a effetto serra

NUOVA CERTIFICAZIONE: ESTENSIONE: RINNOVO: MODIFICHE/VARIAZIONI: TRASFERIMENTO CERTIFICAZIONE:

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

dell'Azienda _____

Indirizzo: _____ CAP: _____ Città: _____ Prov. _____

Tel.: _____ Email _____ PEC: _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale: _____ SDI: _____

Chiede ad APAVE CERTIFICAZIONE ITALIA S.r.l. la certificazione del servizio relativo al trattamento dei gas fluorurati ad effetto serra:

- installazione, riparazione, manutenzione, assistenza o smantellamento, di apparecchiature fisse di refrigerazione, di condizionamento d'aria e pompe di calore fisse (Reg. UE 2015/2067);**
- installazione, riparazione, manutenzione, assistenza o smantellamento, di apparecchiature di protezione antincendio (Reg. CE 304/2008)**

L'azienda è un'impresa individuale? SI NO

In caso di risposta affermativa l'unica persona certificata FGAS è il titolare? SI NO

Data dalla quale l'Azienda è pronta per la visita di certificazione _____

Motivi particolari di urgenza _____

ORGANICO AZIENDALE CERTIFICATO ⁽¹⁾

Sede principale	N° Addetti certificati _____	
Sede di _____ ⁽²⁾	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____
Sede di _____ ⁽²⁾	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____
Sede di _____ ⁽²⁾	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____

INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE

L'organizzazione ha un sistema di gestione certificato da un altro organismo? SI NO

Tipo di certificazione: ISO 9001 ISO 14001 OHSAS 18001 Altro:

In caso di risposta affermativa:

Ente di certificazione: _____ N° certificato _____

Scadenza certificato: _____

L'Azienda si è avvalsa di consulenti? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare il nome della società/persona: _____

Vi sono requisiti specifici di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (es. particolari limitazioni di accesso) e/o di sicurezza delle informazioni (es. dati accessibili solo con particolari autorizzazioni, aree riservate, ecc.) da rispettare nei siti oggetto della certificazione che possono ostacolare e/o influenzare le attività nel corso degli audit? SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali: _____

FATTURATO

Per la valutazione della congruità del personale impiegato, indicare il fatturato delle sole attività relative a installazione, riparazione, manutenzione, assistenza o smantellamento, di apparecchiature di cui al regolamento interessato. **Nella determinazione del fatturato specifico non deve essere considerato quello generato dall'eventuale acquisto, vendita e utilizzo di apparecchiature e materiali.**

Fatturato dell'ultimo anno (azienda già certificata) o fatturato presunto annuale (nuova certificazione) € _____

Sulla base dei dati della domanda viene fatta una valutazione preliminare sull'adeguatezza del numero di dipendenti che risulta dal fatturato procapite con la media di settore.

Attualmente ci si deve attendere che l'Azienda abbia **per ogni 200.000,00 Euro** di fatturato relativo all'attività, riferita a quelle del Reg. UE 2015/2067 o del Reg. CE 304/2008 **almeno una persona certificata.**

Data _____

Firma e Timbro _____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

- Attestazione di iscrizione dell'azienda al registro telematico nazionale FGAS.
- Per le sole imprese individuali: Autodichiarazione allegata alla presenta domanda

DICHIARAZIONE

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa disponibile presso Apave Certification Italia o all'indirizzo www.apave-certification.it/privacy-policy al trattamento dei dati trasmessi con questa domanda, ai sensi e in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 e al Codice della Privacy DL 196/2003, in materia di trattamento dei dati e tutela della privacy e, specificatamente, che le informazioni sopra riportate potranno essere utilizzate da Apave Certification Italia sia per le attività di certificazione, amministrative, di accreditamento, sia che potranno essere comunicate e rese disponibili alle competenti autorità, qualora richiesto. Di quest' ultima evenienza, Apave Certification Italia si impegna a dare notizia allo scrivente, nei modi e nei tempi indicati dalle autorità citate. In particolare si autorizza al trasferimento dei dati al Registro nazionale delle persone e delle imprese certificate di cui al D.P.R. n. 146 del 16 novembre 2018; tali dati potranno essere pubblicati sia sul sito di ACCREDIA, organismo unico di accreditamento, in quanto interconnesso con il citato Registro nazionale.

L'Azienda dichiara che si trova nel libero esercizio dei diritti non essendo in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo e che la sua organizzazione è conforme a tutti i requisiti della legislazione volontaria e cogente applicabile alle attività delle sedi per le quali è richiesta la certificazione. Dichiara di aver preso visione e di accettare quanto contenuto nel Regolamento di Certificazione di Apave Certification Italia "Reg. P" e nel relativo schema di certificazione FGAS nella revisione in vigore alla data della presente domanda, presenti sui siti www.apave-certification.it o www.fgas.apaveitaliacpm.it. Si dichiara inoltre che i dati trasmessi nella presente domanda sono veritieri e che eventuali variazioni saranno comunicate tempestivamente alla Apave Certification Italia S.r.l.

Data _____

Firma e Timbro _____

- (1) Il D.P.R. 16 novembre 2018 n. 146, all'Allegato B, 2.1 "Gli organismi accreditati di cui al punto 1 devono definire uno schema di valutazione della conformità per la certificazione delle imprese che preveda la predisposizione da parte dell'impresa di procedure/istruzioni atte a dimostrare il rispetto dei seguenti requisiti specificatamente previsti dai pertinenti regolamenti di esecuzione della Commissione europea:
- a) L'impresa impiega personale certificato ai sensi dell'articolo 8, comma 1 [dello stesso D.P.R.] per le attività che richiedono una certificazione, in numero sufficiente da coprire il volume di attività previsto;
 - b) L'impresa è in grado di dimostrare che il personale impiegato nelle attività per cui è richiesta la certificazione ha a disposizione gli strumenti e le procedure necessari per svolgerle."
- Gli addetti a tempo parziale includono collaboratori part-time, a tempo indeterminato ed interinali.
- (2) Le sedi da considerare sono quelle che svolgono attività di cui ai Regg. (UE) 2015/2067, (CE) 304/2008 sottoposte a certificazione

RIESAME DELLA DOMANDA (sezione riservata a APAVE CERTIFICATION ITALIA S.r.l.)

Domanda accettata

Domanda non accettata: Motivazioni: _____

Incaricato del riesame:	Firma dell'incaricato	Data del riesame