

## DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DI PRODOTTO

### Reg. (CE) 303/ 2008 - Reg. (CE) 304/2008

### gas fluorurati a effetto serra

NUOVA CERTIFICAZIONE  ESTENSIONE: Sede  Scopo  MODIFICHE/VARIAZIONI  TRASFERIMENTO CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
dell'Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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

- **per apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore (Reg. 303/2008):**
  - installazione
  - manutenzione o riparazione
- **per impianti fissi di protezione antincendio ed estintori (Reg. 304/2008)**
  - installazione
  - manutenzione o riparazione

Anno di costituzione dell'Azienda: \_\_\_\_\_ L' Azienda fa parte di un gruppo più grande? NO  SI  Nome: \_\_\_\_\_

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

Motivi particolari di urgenza \_\_\_\_\_

#### ORGANICO AZIENDALE CERTIFICATO <sup>(1)</sup>

<b>Sede principale</b>	N° Addetti certificati _____	
<b>Sede di</b> _____ <sup>(2)</sup>	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____
<b>Sede di</b> _____ <sup>(2)</sup>	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____
<b>Sede di</b> _____ <sup>(2)</sup>	Indirizzo: _____	N° Addetti certificati _____

#### INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE E PER LA SICUREZZA

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

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 per la predisposizione del Piano delle qualità e/o del sistema di gestione? NO  SI

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? NO  SI

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, manutenzione e riparazione di apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore contenenti taluni gas fluorurati ad effetto serra, degli ultimi 3 anni. **Nella determinazione del fatturato specifico non deve essere considerato quello generato dall'eventuale acquisto, vendita e utilizzo di apparecchiature e materiali.**

Anno \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_; Anno \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_; Anno \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Sulla base dei dati della domanda viene fatta una valutazione preliminare sull'adeguatezza del numero di dipendenti che risulta dalla media procapite del fatturato degli ultimi tre anni (ove applicabile) con la media di settore.

Attualmente ci si deve aspettare che l'Azienda abbia **una persona certificata ogni 200.000 Euro** di fatturato relativo all'attività, riferita a quelle del Reg. CE 303/20008 e/o del Reg. CE 304/2008.

Data \_\_\_\_\_

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

### DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA

- Attestazione di iscrizione dell'azienda al registro telematico nazionale FGAS.

### TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del testo unico della Privacy D. Lgs. 196/2003, APAVE CERTIFICATION ITALIA S.r.l. garantisce la riservatezza delle informazioni fornite.

I dati verranno utilizzati per la valutazione dei costi di certificazione del sistema di gestione per la qualità e faranno parte della banca dati interna dell'Azienda. Il responsabile del trattamento dati è APAVE CERTIFICATION ITALIA S.r.l., Viale Battista Bardanzellu, 94 – 00155 Roma. Per i diritti a Voi riservati dal Decreto si rimanda a quanto disposto all'art. 7 dello stesso.

### DICHIARAZIONE

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](http://www.apave-certification.it) o [www.fgas.apaveitaliacpm.it](http://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..

Si autorizza APAVE CERTIFICATION ITALIA S.r.l. al trattamento dei dati trasmessi con questa domanda, ai sensi e in conformità del D.Lgs 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 S.r.l. 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 S.r.l. 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. 43 del 27 gennaio 2012; tali dati potranno essere pubblicati sul sito di Accredia, organismo unico di accreditamento, in quanto interconnesso con il citato Registro nazionale.

Data \_\_\_\_\_

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

- (1) Il D.P.R. 27 gennaio 2012 n. 43, all'Allegato B, 2.1 "Gli organismi accreditati di cui al punto 1 devono definire uno schema per la certificazione delle imprese che preveda la predisposizione da parte dell'impresa di un Piano della Qualità atto a dimostrare il rispetto dei seguenti requisiti specificatamente previsti dai pertinenti regolamenti di esecuzione delle Comunità europea:
  - a) L'impresa impiega personale certificato ai sensi dell'articolo 9, 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. (CE) 303, 304/2008 sottoposte a certificazione
- (3) Dal D.P.R. 27 gennaio 2012 n. 43, art. 9 comma 1: "Le persone che svolgono le attività di controllo di cui all'art. 8 comma 1 lettere a), b), c) e d) devono essere in possesso del pertinente certificato rilasciato da un organismo di certificazione designato ai sensi dell'articolo 5, comma 1, a seguito del superamento di un esame teorico e pratico basato sui requisiti minimi relativi alle competenze e alle conoscenze previste negli allegati rispettivamente dei regolamenti (CE) n. 303/2008, n. 304/2008, n. 305/2008 e n. 306/2008."

### 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
-------------------------	-----------------------	------------------