

Titolo/Title	<p>DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DI ORGANISMI ACCREDITATI DA ALTRI ENTI DI ACCREDITAMENTO FIRMATARI DEGLI ACCORDI EA MLA, PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI DI CONFORMITÀ ALLE NORME UNI 10891, UNI 11068/EN 50518 e UNI 10459.</p> <p><i>Application for the recognition of Certification Bodies Accredited by the other Accreditation Bodies Signatories of Multilateral Agreement (EA MLA), to issue of conformity Certificates in compliance to UNI 10891, UNI11068/EN50518 and UNI 10459 standard.</i></p>
Sigla/Reference	DR-03
Revisione/Revision	00
Data/Date	2015-07-07

Redazione	Approvazione	Autorizzazione all'emissione	Entrata in vigore
Il Direttore del Sistema di Gestione	Il Direttore del Dipartimento Certificazione e Ispezione	Il Direttori Generale	2015-07-14

1. NOTE PER LA COMPILAZIONE

1.1. STRUTTURA DELLA DOMANDA

Il form deve essere compilato in formato elettronico e riportare la firma del Legale Rappresentante dell'Organismo o persona dallo stesso delegata, ed il timbro del CAB.

La domanda deve essere inviata all'indirizzo e-mail della Segreteria del Dipartimento Certificazione e Ispezione: milano@accredia.it.

La domanda, per poter essere accolta, deve essere compilata in tutte le sezioni richieste e corredate della documentazione richiesta.

La non applicabilità di uno o più paragrafi o sottoparagrafi deve essere formalmente motivata.

1.2. REQUISITI NORMATIVI

La verifica di conformità del CAB ai requisiti previsti dalla normativa applicabile e alle prescrizioni ACCREDIA viene effettuata con le modalità previste nei Regolamenti RG-16, RG-16-02 e nella circolare ACCREDIA n° 7/2015, pubblicati sul sito internet www.accredia.it e disponibili presso il Dipartimento Certificazione e Ispezione di ACCREDIA.

2. DATI GENERALI DEL CAB

2.1. DATI ANAGRAFICI

2.1.1. Acronimo e ragione sociale del CAB

.....
.....
.....

Indirizzo della Sede (*legale*)

VIA		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
TELEFONO		
TELEFAX		
E-MAIL		SITO WEB
C.F. (<i>se differente dal numero di Partita IVA</i>)		P. IVA

Indirizzo della Sede (*) (operativa) (se differente dalla precedente)

VIA		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
TELEFONO		
TELEFAX		
E-MAIL		SITO WEB
C.F. (se differente dal numero di Partita IVA)		P. IVA

Indirizzi della/e Sede/i operativa/e in Italia

VIA		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
TELEFONO		
TELEFAX		
E-MAIL		SITO WEB
C.F. (se differente dal numero di Partita IVA)		P. IVA

2.1.2. Indirizzo sede di fatturazione

VIA		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
TELEFONO		
TELEFAX		
E-MAIL		
C.F. (se differente dal numero di Partita IVA)		P. IVA

2.1.3 Comunicazioni con ACCREDIA

Indicare un indirizzo e-mail da utilizzare per ricevere la corrispondenza ufficiale da parte di ACCREDIA.

E-MAIL	
--------	--

2.1.4 Stato giuridico del CAB (allegare documento attestante l'identità giuridica del CAB):

Organizzazione Privata

Ente Pubblico

Appartiene ad una categoria diversa da quelle sopra specificate (indicare se: società mista pubblica/privata, consorzio, istituzione accademica, etc.):

.....
.....

Allegato N⁰: (obbligatorio)

2.2. Il CAB è parte di un gruppo? sì no

In caso affermativo, riportare del gruppo:

DENOMINAZIONE		
VIA		
CAP	CITTA'	PROVINCIA
TELEFONO		
TELEFAX		
E-MAIL	SITO WEB	

2.3 ATTESTAZIONI E VERIFICHE

2.3.1 Il CAB è in possesso di accreditamento sì no

Se sì, quali? (indicare L'Ente di Accredimento che ha rilasciato l'accredimento)

.....
.....

Deve essere allegata una copia del certificato di accreditamento.

Allegato N⁰: (obbligatorio)

2.3.2 Altro

Indicare la data in cui l'Ente di Accredimento ha eseguito attività di valutazione negli ultimi quattro anni presso il CAB e presso la/e sede/i operativa/e in Italia:

a)

.....
.....

b)

.....
.....

c)

.....
.....

3. ORGANIZZAZIONE

3.1 Nome, qualifica, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) del Legale Rappresentante del CAB:

.....
.....

3.2 Nome, qualifica, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) del Rappresentante dell'OdC, responsabile per le attività di certificazione svolte in Italia, per:

- UNI 10891 applicabile agli Istituti di Vigilanza ed i relativi servizi (UNI CEI EN ISO/IEC 17065);
- UNI 11068, EN 50518 applicabili alle centrali operative e alle centrali di telesorveglianza (UNI CEI EN ISO/IEC 17065);
- UNI 10459 per la figura del professionista della security (UNI CEI EN ISO/IEC 17024).

.....
.....

6. DICHIARAZIONE

Dichiaro di avere letto, compreso e di accettare integralmente quanto previsto nei documenti ACCREDIA applicabili (Regolamenti RG-16, RG-16-02, Circolare ACCREDIA n° 7/2015 e il Tariffario).

Dichiaro inoltre, ai sensi del D. Lgs 196/03 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", di accettare il trattamento dei dati contenuti nella presente ai fini del processo di riconoscimento svolto da ACCREDIA e, specificatamente, che le informazioni sopra riportate potranno essere comunicate da ACCREDIA e rese disponibili alle competenti autorità, qualora richiesto. Di quest'ultima evenienza, ACCREDIA si impegna a dare notizia alla organizzazione richiedente, nei modi e nei tempi indicati dalle autorità citate.

.....

Rev.:

Data:

Timbro del CAB
e firma del Responsabile