RICHIESTA VARIAZIONE ANAGRAFICA

E DATI AMMINISTRATIVI

# RAGIONE SOCIALE DEL CAB[[1]](#footnote-1) CHE RICHIEDE LA VARIAZIONE:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| SIGLA: | CODICE: |

# SCHEMA DI ACCREDITAMENTO DI CUI È TITOLARE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNI CEI EN ISO/IEC 17025** | **UNI EN ISO 15189** | **UNI CEI EN ISO/IEC 17043** |

# MOTIVO DELLA RICHIESTA:

|  |
| --- |
| 1a. CAMBIO RAGIONE SOCIALE SENZA VARIAZIONE DI PARTITA IVA |
| Variazione del nome del CAB (senza cambio Partita IVA)  Liquidazione  Fallimento  Altre procedure concorsuali (es. concordato preventivo)  Altro (specificare) |
| 1b. CAMBIO RAGIONE SOCIALE CON VARIAZIONE DI PARTITA IVA (VARIAZIONE TITOLARITÀ DELL’ACCREDITAMENTO) |
| Fusione  Scissione  Trasformazione d’Azienda (es. da S.a.s. a S.r.l.; da S.r.l. a S.p.A.)  Conferimento d’Azienda  Conferimento di ramo d’Azienda  Cessione d’Azienda  Cessione di ramo d’Azienda  Affitto di ramo d’Azienda  Altro (specificare) |

|  |
| --- |
| 2. VARIAZIONE SEDI E/O RECAPITI |
| Variazione indirizzo sede legale  Variazione indirizzo sede operativa senza trasferimento di sede (es. cambio toponomastica)  Variazione indirizzo sede operativa con trasferimento di sede  Variazione recapiti telefonici, fax, e-mail  Altro (specificare) |

|  |
| --- |
| 3. VARIAZIONE DELL’ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL CAB |
| Variazione Rappresentante Legale del CAB  Variazione Responsabile del CAB (o suo sostituto)  Variazione Responsabile Sistema di Gestione per la Qualità del CAB (o suo sostituto)  Variazione Contatto ACCREDIA  Variazione delle persone autorizzate alla firma ed emissione dei rapporti di prova/reports  Altro (specificare) |

# DATI DELLA RICHIESTA E DOCUMENTI ALLEGATI:

|  |  |
| --- | --- |
| CAMBIO RAGIONE SOCIALE (rif. punti 1a e 1b) | |
| RAGIONE SOCIALE PRECEDENTE: |  |
| NUOVA RAGIONE SOCIALE:  PARTITA IVA/CODICE FISCALE: |  |
| NUOVI DATI AMMINISTRATIVI | codice destinatario:  pec: |
| Nuova Denominazione del CAB e indirizzo/i da riportare sul Certificato di Accreditamento  (*Deve essere presente nella Visura Camerale quale identificativo della sede operativa o “Insegna” o comunque essere esplicitato nei documenti statutari/organizzativi del CAB)* |  |
| DATA DELL’ATTO  DI MODIFICA DELLA RAGIONE SOCIALE: |  |
| DATA DI ENTRATA IN VIGORE  DELLA NUOVA RAGIONE SOCIALE: |  |
| ALLEGATI: | Visura Camerale  Atto Notarile  Progetto di fusione/scissione  Contratto di affitto (con data scadenza)  Comunicazione di Liquidazione e Verbale  Assemblea Straordinaria  Comunicazione di Fallimento  Comunicazione di Concordato  Organigramma nominativo  Altro (specificare) |

|  |  |
| --- | --- |
| VARIAZIONE SEDI E/O RECAPITI (rif. punto 2) | |
| INDIRIZZO NUOVA SEDE LEGALE | via n.  cap:  Comune:  Provincia: |
| INDIRIZZO NUOVA SEDE OPERATIVA | via n.  cap:  Comune:  Provincia: |
| INDIRIZZO NUOVA SEDE DI FATTURAZIONE | via n.  cap:  Comune:  Provincia: |
| NUOVI RECAPITI | e-mail contatto ACCREDIA:  e-mail CAB:  pec:  fax:  tel:  altri recapiti: |
| ALLEGATI: | Visura Camerale  Planimetria dei nuovi locali, con disposizione delle  apparecchiature e, se pertinente, una indicazione del percorso dei campioni (dall’accettazione, alla prova, all’eventuale smaltimento)  Certificati di taratura e/o di collaudo/messa in  servizio delle apparecchiature di prova (relative alle prove accreditate)  Altro (es. fotografie, controlli ambientali) |

|  |  |
| --- | --- |
| VARIAZIONE DELL’ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL CAB (rif. punto 3) | |
| NUOVO RAPPRESENTANTE LEGALE |  |
| NUOVO RESPONSABILE DEL CAB  (o suo sostituto) |  |
| NUOVO RESPONSABILE SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DEL CAB  (o suo sostituto) |  |
| NUOVO CONTATTO ACCREDIA |  |
| NUOVE PERSONE AUTORIZZATE ALLA FIRMA DEI RAPPORTI DI PROVA/REPORTS |  |
| ALLEGATI: | Visura Camerale  Organigramma nominativo  Curriculum Vitae (datato, firmato e corredato dell’autorizzazione al trattamento dei dati) |

**NOTA**

Il presente documento, firmato dal Rappresentante Legale2 dovrà essere trasmesso al Funzionario Tecnico di competenza e, nel caso di trasferimento di titolarità dell’accreditamento, anche alla Funzione Variazioni Anagrafiche del Dipartimento Laboratori di Prova ([anagraficadl@accredia.it](mailto:anagraficadl@accredia.it)), per le attività di valutazione e fatturazione.

Quanto sopra anche in ottemperanza al capitolo 8 dei Regolamenti RG-02 e RG-14 vigenti.

**DICHIARAZIONE**

Dichiaro di accettare integralmente quanto previsto nei documenti ACCREDIA applicabili, incluso il Tariffario di Accreditamento TA-00.

Dichiaro espressamente di accettare il contenuto della Convenzione di Accreditamento (CO) e di impegnarmi a sottoscriverla, nei casi previsti, senza richiedere modifica alcuna.

Dichiaro inoltre di accettare, ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo sul Trattamento dei Dati n. 2016/679 - GDPR, il trattamento dei dati contenuti nella presente ai fini del processo di accreditamento svolto da ACCREDIA, Titolare del Trattamento, e, specificatamente, che le informazioni sopra riportate potranno essere utilizzate da ACCREDIA per le attività di accreditamento, amministrative, di riconoscimento internazionale ed europeo sia nei settori volontari sia nei settori regolamentati in ambito EA, IAF, ILAC. Tali informazioni potranno essere comunicate e rese disponibili alle competenti autorità, qualora richiesto. Per l’esercizio dei diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del GDPR è possibile scrivere a privacy@accredia.it. ACCREDIA ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati contattabile all’indirizzo dpo@accredia.it. Di quest'ultima evenienza, ACCREDIA si impegna a dare notizia all’organizzazione richiedente, nei modi e nei tempi indicati dalle autorità citate.

Dichiaro infine che il CAB è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla legge per l’esercizio delle attività richieste in accreditamento.

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Timbro del CAB

Nominativo e firma

del Legale Rappresentante[[2]](#footnote-2)

---------------------------------------------

1. Con il presente acronimo, per il Dipartimento Laboratori di Prova, si intendono i Laboratori di prova, i Laboratori Medici e gli Organizzatori di schemi di prove valutative interlaboratorio (PTP). [↑](#footnote-ref-1)
2. Legale Rappresentate o suo delegato. Nel caso di variazione del soggetto giuridico, il documento deve essere firmato dal Rappresentante Legale del soggetto giuridico che subentra. [↑](#footnote-ref-2)