|  |
| --- |
|  |
| **Titolo** |  | **Domanda Generica di Accreditamento** |
| **Riferimento** |  | **NA-D0** |
| **Revisione** |  | **00** |
| **Data** |  | **11/11/2020** |

|  |
| --- |
| Z:\12 - NAISM\01 - Marketing\LOGHI\LOGO NAISM 2019 no scritta.png |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Redazione** |  | **Approvazione** |  | **Autorizzazione all’emissione** |  | **Entrata in vigore** |
| Il Responsabiledel Sistema di Gestione |  | I Direttoridi Dipartimento |  | Il Direttore Generale |  | 11/11/2020 |

# NOTE PER LA COMPILAZIONE

## Struttura della domanda

La Domanda di Accreditamento NAISM, consta di una parte generale e degli annessi specifici per schema di accreditamento richiesto.

Per accedere ai servizi di Accreditamento, offerti da NAISM, **gli Organismi che svolgono attività di valutazione della conformità (CAB)[[1]](#footnote-1)** devono compilare sia il *modulo di domanda* relativo alla parte generale che quello specifico per schema richiesto.

A tal fine si prega di contrassegnare in relazione all’oggetto della domanda di accreditamento:

**[x]** NA\_D0\_Rev0 Domanda di Accreditamento Generale (obbligatoria) E;

**[ ]** NA\_D1\_Rev0 Domanda di Accreditamento per Organismi di Certificazione (ISO/IEC 17021-1, ISO/IEC 17024, ISO/IEC 17065, ecc..);

**[ ]** NA\_D2\_Rev0 Domanda di Accreditamento per Laboratori di Prova (ISO/IEC 17025);

**[ ]** NA\_D3\_Rev0 Domanda di Accreditamento per Organismi di Ispezione (ISO/IEC 17020);

**[ ]** NA\_D4\_Rev0 Domanda di Accreditamento per Organismi di Certificazione e di Ispezione ai fini di successive/a notifiche/a (ISO/IEC 17020, ISO/IEC 17065, etc.);

**[ ]** NA\_D5\_Rev0 Domanda di Accreditamento per Laboratori di Taratura (ISO/IEC 17025);

Entrambi i *moduli* **possono** essere compilati manualmente o in formato elettronico e **devono** riportare la firma del Legale Rappresentante dell’Organismo o persona dallo stesso delegata, ed il timbro del CAB.

Le domande possono essere inviate in formato cartaceo agli indirizzi di posta dei singoli dipartimenti o per *e-mail* alle segreterie di dipartimento (preferibile).

Entrambe le domande, per poter essere accolte, devono essere compilate in tutte le sezioni richieste e corredate della documentazione richiesta.

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

N.B.

1. (*solo per i laboratori di prova e PTP*): in caso di variazione anagrafica (es. cambio ragione sociale, indirizzo) e dei nominativi riportati al p.to 2 della NA\_D2\_Rev0, si prega di inviare il modulo NA\_MD9\_Rev0.
2. *(solo per i LAT e RMP)*: in caso di variazione anagrafica (es. cambio ragione sociale, indirizzo) e dei nominativi riportati al p.to 2 della NA\_D5\_Rev0, si prega di re-inviare la NA\_D0\_Rev0 e, rispettivamente, le NA\_D5\_Rev0 e con i dati aggiornati.

In caso di rinnovo, estensione/riduzione, si prega di re-inviare la NA\_D0\_Rev0 e la NA\_D5\_Rev0;

1. *(solo per gli Organismi)*: si prega di re-inviare sempre per ogni tipologia di richiesta (es. accreditamento, estensione, scopo flessibile, ecc..) la NA\_D0\_Rev0 compilata.

## Requisiti normativi

La verifica di conformità del CAB ai requisiti previsti dalla normativa applicabile e alle prescrizioni NAISM viene effettuata con le modalità previste nei Regolamenti Generali, nei Regolamenti Specifici e Tecnici di Accreditamento applicabili a ciascuna tipologia di CAB, pubblicati sul sito internet [www.naism.](http://www.accredia.it)sm e disponibili presso i dipartimenti NAISM.

# DATI GENERALI DEI CAB

## Dati anagrafici

### Acronimo e ragione sociale del CAB

(Si riporti l’esatta ragione sociale così come riportata sulla Visura camerale o altro documento attestante l'identità giuridica del CAB).

Nome dell’organismo:………………………

Indirizzo della Sede (legale[[2]](#footnote-2))

|  |
| --- |
| VIA |
|  |
| CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
|  |  |  |
| TELEFONO |
|  |
| FAX |
| E-MAIL | SITO WEB |
|  |  |
| PEC |  |
|  |  |
| C.F. *(se differente dal numero di Partita IVA)* | P. IVA |
|  |  |

Indirizzi di tutte le sedi operative del CAB comprese quelle estere e indicazione dei siti virtuali con dettaglio delle attività svolte per tutte le sedi/siti virtuali[[3]](#footnote-3) e del personale che opera da remoto.

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale (per filiali estere con indicazione dello status societario) | ATTIVITÀ SVOLTA |
|  |  |
| VIA |
|  |
| CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
|  |  |  |
| TELEFONO |
|  |
| FAX |
| E-MAIL | SITO WEB |
|  |  |
| PEC  |  |
| C.F. *(se differente dal numero di Partita IVA)* | P. IVA |
|  |  |

Nota 1: La tabella deve essere duplicata per ogni sede operativa nel caso di CAB multisito.

Nota 2: Nel caso di richiesta per sedi estere, allegare l’elenco delle leggi applicabili negli stati in cui sono localizzate tali sedi e relative agli ambiti oggetto di domanda.

Elenco di eventuali soggetti che operano in subappalto per il CAB (agenzie, società di auditing, franchisee, ecc..), con il dettaglio delle attività svolte

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale | ATTIVITÀ SVOLTA |
|  |  |
| VIA |
|  |
| CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
|  |  |  |
| TELEFONO |
|  |
| FAX |
| E-MAIL | SITO WEB |
|  |  |
| PEC  |  |
| C.F. *(se differente dal numero di Partita IVA)* | P. IVA |

Nota: La tabella deve essere duplicata per ogni soggetto che opera in subappalto per il CAB.

### Denominazione del CAB e indirizzo/i da riportare sul Certificato di Accreditamento

Nome dell’organismo:…………………………..

Fra quelli sopra indicati; se applicabile, specificare anche divisione/dipartimento/unità soggetta ad Accreditamento (*deve essere presente nella Visura Camerale quale identificativo della sede operativa o “Insegna” o comunque essere esplicitato nei documenti statutari/organizzativi del CAB).*

### Indirizzo sede di fatturazione

|  |
| --- |
| VIA |
|  |
| CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
|  |  |  |
| TELEFONO |
|  |
| TEL/FAX |
| E-MAIL |
|  |
| C.F. *(se differente dal numero di Partita IVA)* | P. IVA  |
|  |  |
| CODICE DESTINATARIO | PEC |
|  |  |

### Comunicazioni con NAISM

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

|  |  |
| --- | --- |
| E-MAIL |  |

## DATA DI COSTITUZIONE DEL CAB[[4]](#footnote-4)

### Stato giuridico del CAB

(Allegare Visura camerale in corso di validità legale (6 mesi) o documento equivalente che attesti che il CAB richiedente sia in possesso di partita IVA):

**[ ]** Organizzazione Privata

**[ ]** Ente Pubblico

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### Azionariato del CAB

(Applicabile per Organismi di Certificazione e Ispezione anche ai fini della notifica). Indicare i nomi delle persone fisiche/giuridiche e loro quote (del CAB o delle Società di capitali, se azioniste del CAB).

………………………….

### Il CAB è parte di un gruppo? [ ] SI [ ]  NO

In caso affermativo, riportare del gruppo:

|  |
| --- |
| DENOMINAZIONE |
|  |
| VIA |
|  |
| CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
|  |  |  |
| TELEFONO |
|  |
| TELEFAX |
| E-MAIL | SITO WEB |
|  |  |

## ATTESTAZIONI E VERIFICHE

### Il CAB ha ottenuto altri accreditamenti, designazioni, autorizzazioni, notifiche o riconoscimenti negli ultimi 4 anni? [ ]  SI [ ]  NO

Se sì, quali? (indicare L’Organismo Nazionale o Estero, Ente pubblico o privato, che ha rilasciato l’attestato)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

### Altro

Indicare la data e l’Ente, pubblico o privato, che ha eseguito attività di valutazione negli ultimi quattro anni presso il CAB:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## RIPORTARE LE AREE GEOGRAFICHE IN CUI OPERA IL CAB

|  |
| --- |
| Area geografica(ITALIA/ESTERO: nel caso di area estera indicare la nazione e specificare gli stati in cui opera personale da remoto) |
|  |
|  |
|  |

# RISORSE UMANE E TECNICHE

## RISORSE UMANE

### Nome, qualifica[[5]](#footnote-5), funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) del Legale Rappresentante del CAB:

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

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

### Nome, qualifica5, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) del Responsabile del CAB:

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

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

### Nome, qualifica5, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) del Responsabile del Sistema di Gestione del CAB:

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

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

### Nome, qualifica5, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail) della persona che assicura i contatti con NAISM:

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

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

## Risorse tecniche

Il CAB dispone di un unico sistema IT aziendale per tutte le sue sedi?

[ ]  SI [ ]  NO

Specificare il tipo di unico sistema IT aziendale utilizzato e, in caso di richiesta di accreditamento per più sedi, se dalla sede centrale è possibile campionare pratiche/documenti delle altre sedi operative:

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

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

# PERSONALE DEL CAB

## N°. Totale dei dipendenti del CAB:

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dipendenti |  | Laureati |  | Diplomati |  | Altri |  |
| Altre tipi di contratto |  | Laureati |  | Diplomati |  | Altri |  |

## N°. Totale del Personale del CAB coinvolto nelle attività di valutazione che ne ricadono all’interno dello scopo di Accreditamento

(tecnico, amministrativo, commerciale, assicurazione qualità, effettuazione di prove, ecc..):

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

# ALTRE ATTIVITÀ

Descrivere le attività svolte dal CAB - oltre a quelle di valutazione della conformità per le quali è richiesto l’accreditamento – quali, ad esempio: formazione, pubblicazioni, etc., indicando il tipo di Clienti alle quali tali attività sono indirizzate (*se necessario, può essere utilizzato un Allegato*).

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# DISPONIBILITÀ PER LA VALUTAZIONE

Indicare la data dalla quale il CAB è pronto per essere valutato: …./…./….

La valutazione è urgente? [ ]  SI [ ]  NO

L’ACCREDITAMENTO VIENE RICHIESTO SECONDO LA ………………………………………………

Se sì, specificare le motivazioni:

Per urgente richiesta di mercato e di designazione da parte di Autorità.

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

# DICHIARAZIONE

Il CAB dichiara:

* di avere letto, compreso e di accettare integralmente tutti i requisiti e gli obblighi previsti nei Documenti/Regolamenti NAISM applicabili (compreso il Tariffario);
* di soddisfare le condizioni minime per l’accesso all’accreditamento previste nei documenti NAISM applicabili;
* di essere in conformità al Reg. (CE) n. 765/2008 (art.7);
* di impegnarsi a mantenere la conformità ai requisiti di accreditamento applicabili e a mantenere costantemente un comportamento ispirato a correttezza, trasparenza e collaborazione con NAISM;
* di impegnarsi ad informare NAISM se non è più in condizione di soddisfare i requisiti per l’accreditamento;
* di aver letto e di accettare tutti i requisiti e gli obblighi della Convenzione di Accreditamento, senza richiedere modifica alcuna;
* 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 NAISM, Titolare del Trattamento, e, specificatamente, che le informazioni sopra riportate potranno essere utilizzate da NAISM 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 info@naism.sm. NAISM ha nominato un Responsabile per la Protezione dei Dati contattabile all’indirizzo info@naism.sm. Di quest'ultima evenienza, NAISM si impegna a dare notizia alla organizzazione richiedente, nei modi e nei tempi indicati dalle autorità citate;
* di essere in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla legge per l’esercizio delle attività richieste in accreditamento;
* di manlevare NAISM da ogni responsabilità diretta o indiretta dovuta a comportamenti non conformi o fraudolenti del CAB o dei Clienti del CAB rispetto a quanto previsto dalle norme applicabili.

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | \_\_ /\_\_ /\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Timbro del CAB****Nominativo e firma****del Legale Rappresentante[[6]](#footnote-6)** |

1. Con il presente Acronimo si intendono gli Organismi di Certificazione, di Ispezione, di Verifica, i Laboratori di Prova, Medici e di Taratura, gli Organizzatori di schemi di prove valutative interlaboratorio (PTP), i Produttori di Materiali di Riferimento e gli Organismi già Notificati. [↑](#footnote-ref-1)
2. Le informazioni anagrafiche relative ad indirizzo, telefono, telefax, email e indirizzo web saranno pubblicate nella banca dati del sito web NAISM, una volta ottenuto l’accreditamento. [↑](#footnote-ref-2)
3. Un sito virtuale è un ambiente online che permette l’effettuazione di processi, ad esempio in un ambiente cloud. [↑](#footnote-ref-3)
4. Specificare laddove la costituzione del CAB sia recente ma con personale e sistema proveniente da altro CAB accreditato. [↑](#footnote-ref-4)
5. Indicare il titolo di studio. [↑](#footnote-ref-5)
6. Legale Rappresentate o suo delegato. [↑](#footnote-ref-6)