

Compilare ed inviare al fax 0541/340638

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	
Indirizzo: via: _____ n.: _____ cap: _____ città: _____ prov: _____	
P.IVA:	Codice fiscale:
Telefono:	Fax:
e-mail:	Sito internet:
Persona di riferimento:	Cellulare:
SITO PRODUTTIVO (se diverso da sopra)	
Denominazione:	
Indirizzo: via: _____ n.: _____ cap: _____ città: _____ prov: _____	
Telefono:	Fax:
e-mail:	Sito Internet:
Persona di riferimento:	Cellulare:
STRUTTURA DELL'ORGANIZZAZIONE	
L'organizzazione ha un Sistema di Gestione certificato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> in corso <input type="checkbox"/> in programma	
Quale : <input type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 14001 <input type="checkbox"/> SA 8000 <input type="checkbox"/> Altro:	
Da quale Organismo di certificazione:	da quanto tempo:
L'Organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del sistema? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Nome di tale eventuale società o del consulente:	
Descrizione del prodotto :	
<i>Contestualmente all'invio del presente questionario occorre inviare anche i disegni dei prodotti in esame, al fine di poter valutare l'esatto importo per la determinazione della Trasmissione Termica</i>	
Numero dei prodotti oggetto di Certificazione:	
Materiali (indicare i materiali costituenti il profilo) :	
Taglio termico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Gammista (se pertinente):
Utilizzo di sostanze pericolose <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Se si specificare quali :	
(In caso contrario, inviare una dichiarazione che attesti il non utilizzo di sostanze pericolose).	
Sistema di Valutazione e Verifica della Costanza della Prestazione (VVCP) richiesto (vedere prospetto ZA.2 della UNI EN 14351-1)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 (solamente per porte in vie di fuga senza prestazione di compartimentazione antifumo/antifuoco)
SOLO in caso di Sistema di attestazione della conformità 1 indicare a quale categoria si appartiene:	
<input type="checkbox"/> Assemblatore/Serramentista che NON si avvale della procedura di "Cascading" ovvero non utilizza rapporti di prova forniti da altri <input type="checkbox"/> Assemblatore/Serramentista che si avvale di rapporti di prova e Controllo di Produzione in Fabbrica (FPC) forniti da altri tramite "Cascading" <input type="checkbox"/> Fabbricante (*) di componenti <input type="checkbox"/> Gammista (*) <input type="checkbox"/> Progettista (*) <input type="checkbox"/> Organismo (*) che fornisce servizi comuni ai produttori	
(*) = che intende fornire a un assemblatore/serramentista i risultati delle prove iniziali di tipo (ITT) e il relativo Controllo di Produzione in Fabbrica (FPC) tramite "Cascading"	

(Barrare le caselle relative alle prestazioni richieste)

REQUISITO	Norma di Prova/Classificazione	Prestazioni richieste
PERMEABILITÀ ALL' ARIA	UNI EN 1026 UNI EN 12207	<input type="checkbox"/>
TENUTA ALL'ACQUA	UNI EN 1027 UNI EN 12208	<input type="checkbox"/>
RESISTENZA AL VENTO	UNI EN 12211 UNI EN 12210	<input type="checkbox"/>
DETERMINAZIONE DELLA RESISTENZA ALLA TORSIONE STATICA	UNI EN 14609	<input type="checkbox"/>
DETERMINAZIONE DELLA RESISTENZA ALL'IMPATTO	EN 13049 (finestre) EN 949 e EN 950 (porte)	<input type="checkbox"/>
Indicare la preferenza relativa al laboratorio per l'esecuzione delle prove aria/acqua/vento, resistenza a torsione statica e all'impatto	GATTEO (FC) <input type="checkbox"/> POMEZIA (RM) <input type="checkbox"/>	
TRASMITTANZA TERMICA	UNI EN ISO 10077 parte 1 e 2	<input type="checkbox"/>
POTERE FONOISOLANTE Numero di modelli: Numero di varianti per ogni modello (es. vetri diversi): Numero modelli di area standard L=1230mm x H=1480mm: Numero modelli di area non standard: Eventuali annotazioni:	UNI EN ISO 140/3	<input type="checkbox"/>
SOSTANZE PERICOLOSE Relazione tecnica emessa sulla base delle dichiarazioni di assenza di sostanze pericolose		<input type="checkbox"/>

Data: _____

Timbro e Firma: _____