

Compilare ed inviare al fax 0541/340638

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	P. IVA:
Indirizzo: via: _____ n. : ____ cap: _____ città: _____ prov: _____	
Telefono:	Fax:
e-mail:	Sito internet:
Persona di riferimento:	Telefono:
SITO PRODUTTIVO	
Denominazione	
Indirizzo: via: _____ n. : ____ cap: _____ città: _____ prov: _____	
Persona di riferimento:	Telefono:
STRUTTURA DELL'ORGANIZZAZIONE	
Numero di persone coinvolte nell'attività soggetta a certificazione o marcatura CE:	
L' Organizzazione dispone di laboratori interni ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Le prove di laboratorio previste verranno effettuate presso: <input type="checkbox"/> Laboratori dell'Istituto Giordano; <input type="checkbox"/> Laboratori esterni (indicare la ragione sociale): _____ <input type="checkbox"/> Laboratori interni	
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 Se si, il certificato ISO 9001 comprende i prodotti oggetto della norma 1090? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Indicare Ente che ha rilasciato la certificazione: _____	
L'azienda ha adottato un Sistema di Qualità per la Saldatura? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si, a quale parte delle UNI EN ISO 3834 è conforme? <input type="checkbox"/> 3834-2 <input type="checkbox"/> 3834-3 <input type="checkbox"/> 3834-4 • Ente che ha rilasciato la certificazione: _____ Se no, • Indicare Procedimenti di Saldatura Qualificati _____ e norma di riferimento _____ • Indicare numero di Saldatori Qualificati _____ e norma di riferimento _____ Riportare eventuali informazioni aggiuntive nella sezione NOTE successiva	
Indicare riferimenti del personale incaricato del Coordinamento della Saldatura (UNI EN ISO 14731): _____ (NB: specificare il nominativo e se il personale dispone di riconoscimenti ufficiali, es. EWT, EWS o altro)	
L'azienda ha personale proprio addetto ai CND ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si indicare riferimento personale addetto ai CND, tipi di CND presenti e livelli di qualifica ottenuti: _____	
L'Organizzazione ha utilizzato società e/o consulente per la predisposizione del sistema? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Indicare nome della società e/o del consulente:	

Compilare ed inviare al fax 0541/340638

INFORMAZIONI SUL PRODOTTO DA CERTIFICARE:	
Tipologia di materiale impiegato:	<input type="checkbox"/> Acciaio (EN 1090-2) <input type="checkbox"/> Alluminio (EN 1090-3)
Classe di esecuzione:	<input type="checkbox"/> EXC 1 <input type="checkbox"/> EXC 2 <input type="checkbox"/> EXC 3 <input type="checkbox"/> EXC 4
Attività eseguite:	<input type="checkbox"/> Progettazione <input type="checkbox"/> Saldatura <input type="checkbox"/> Assemblaggio <input type="checkbox"/> Protezione contro la corrosione <input type="checkbox"/> Altro _____
Metodi di Dichiarazione CE (Tabella A1 - EN1090-1):	<input type="checkbox"/> ZA 3.2 <input type="checkbox"/> ZA 3.3 <input type="checkbox"/> ZA 3.4 <input type="checkbox"/> ZA 3.5

ORGANIZZAZIONE:	
Riferimenti del Manuale FPC:	
Persona di riferimento del sistema FPC:	
L'azienda fabbricante è responsabile della progettazione strutturale ? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si, indicare riferimenti prove ITC:	
Indicare riferimenti prove ITT:	
Note/Informazioni aggiuntive: _____ _____ _____ _____ _____	

Periodo presunto per Audit (indicare settimana/e): _____

Questionario compilato da:			
funzione aziendale	nominativo	firma	data

Data: _____

Timbro e Firma: _____