



QI - NAWI- QUESTIONARIO INFORMATIVO  
STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO NON AUTOMATICO

1. PROCEDURA PRESCELTA PER LA VALUTAZIONE DI CONFORMITÀ (DIRETTIVA 2014/31/UE):

MODULO D  MODULO D1  MODULO F  MODULO F1

2. DATI DELL'ORGANIZZAZIONE CHE RICHIEDE LA CERTIFICAZIONE

NOME/RAGIONE SOCIALE:  FABBRICANTE  RAPP. AUTORIZZATO

PARTITA I.V.A. O CODICE FISCALE:

INDIRIZZO SEDE LEGALE:

CITTÀ:

PROVINCIA:

CAP:

NAZIONE:

TEL.:

FAX:

E-MAIL:

SITO WEB:

La sede legale è anche il sito produttivo della Ditta?

SI

NO

SOLO SE LA DOMANDA È STATA PRESENTATA DAL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO, INDICARE DI SEGUITO I DATI DEL FABBRICANTE

NOME/RAGIONE SOCIALE DEL FABBRICANTE:

INDIRIZZO SEDE LEGALE:

CITTÀ:

PROVINCIA:

CAP:

NAZIONE:

TEL.:

FAX:

E-MAIL:

SITO WEB:

La sede legale è anche il sito produttivo della Ditta?

SI

NO

3. PERSONALE

NUMERO TOTALE DI

DIPENDENTI:

COLLABORATORI:

SUBAPPALTATORI:

4. ALTRE INFORMAZIONI

E' STATA UTILIZZATA UNA SOCIETÀ DI CONSULENZA RELATIVA A PROGETTAZIONE, REDAZIONE DOCUMENTAZIONE TECNICA O ALTRO?

SI

NO

NOME DI TALE EVENTUALE SOCIETÀ <sup>1</sup>:

NOMINATIVO/I CONSULENTE/I:

NORME UTILIZZATE PER LA PROGETTAZIONE, COSTRUZIONE E CONTROLLO DEGLI STRUMENTI PER PESARE A FUNZIONAMENTO NON AUTOMATICO:

LINGUA RICHIESTA PER LA CONDUZIONE DELL'AUDIT:

PERIODO PROPOSTO PER L'EFFETTUAZIONE DELL'AUDIT:

5. SITI OGGETTO DI CERTIFICAZIONE (SE DIVERSI DALLA SEDE LEGALE) - (allegare foglio aggiuntivo, se necessario)

NOME DEL SITO:

ATTIVITÀ DEL SITO:

INDIRIZZO:

CITTÀ:

CAP:

PROVINCIA:

NAZIONE:

TEL.:

FAX:

E-MAIL:

PERSONA DI RIFERIMENTO PER IL SITO (SE DIVERSA DA QUELLA DELLA SEDE LEGALE)

NOME E COGNOME:

RUOLO:

TEL.:

FAX:

E-MAIL:

NUMERO DIPENDENTI IMPIEGATI NEL SITO:

<sup>1</sup> Il nome del consulente e della società di consulenza permette alla RINA di evitare possibili conflitti di interesse tra l'attività di certificazione e l'attività delle società collegate

**COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI CONFORMITA' SECONDO I MODULI D E D1**

6. CERTIFICAZIONI ACQUISITE (allegare foglio aggiuntivo, se necessario)		
STANDARD	DETTAGLI CERTIFICAZIONE	
ISO 9001	NUMERO CERTIFICATO:	
	DATA DI EMISSIONE/ DATA PREVISTA PER LA CERTIFICAZIONE:	DATA DI SCADENZA:
	ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE:	
CERTIFICATI D'ESAME UE DEL TIPO - MODULI B (RICHIESTO SOLO IN CASO DI MOD. D) (COMPILARE UN MODULO PER OGNI MODELLO DI STRUMENTO E ALLEGARE CERTIFICATO COMPLETO CON PERTINENTE DOCUMENTAZIONE TECNICA)	NUMERO CERTIFICATO:	
	DATA DI EMISSIONE:	DATA DI SCADENZA:
	ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE:	

7. TIPO DI CERTIFICAZIONE RICHIESTA			
<input type="checkbox"/> PRIMA CERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> ESTENSIONE/MODIFICA ( <input type="checkbox"/> DI SCOPO <input type="checkbox"/> DI SITO)	<input type="checkbox"/> RICERTIFICAZIONE	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DI CERTIFICATO (CAMBIO ORGANISMO)

8. SOLO PER TRASFERIMENTO DI CERTIFICATO DA ALTRO ORGANISMO NOTIFICATO: (ALLEGARE SEMPRE IL CERTIFICATO EMESSO DAL PRECEDENTE ENTE)	
MOTIVO DELLA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO:	
SONO PRESENTI NON CONFORMITÀ EMESSE DALL'ORGANISMO PRECEDENTE, ANCORA APERTE E PER LE QUALI NON È STATA ANCORA VERIFICATA L'ATTUAZIONE DELLE AZIONI CORRETTIVE?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SE SI, INDICARE DI SEGUITO LA TIPOLOGIA DI NON CONFORMITÀ: <input type="checkbox"/> NC MAGGIORI <input type="checkbox"/> NC MINORI	
EVENTUALI PROCEDIMENTI LEGALI IN CORSO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DATA E TIPOLOGIA PROSSIMO AUDIT:	SORVEGLIANZA <input type="checkbox"/> RICERTIFICAZIONE <input type="checkbox"/>
SONO STATE COMUNICATE SEGNALAZIONI RELATIVE ALLA SICUREZZA DEL/I PRODOTTO/I (ES.: INCIDENTI/MALFUNZIONAMENTI...) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SE SI, SONO STATI GESTITI IN MODO ADEGUATO E SONO STATE ATTUATE ADEGUATE AZIONI CORRETTIVE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

FIRMA AZIENDA	
Fornendo le presenti informazioni, si dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di aver rilasciato l'eventuale consenso informato mediante il modulo allegato FORM-CERTI-PRIVACY	
Per L'Azienda  _____ il _____	<b>Timbro e Firma</b> (Specificare il nome e la funzione)  _____



COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI CONFORMITA' SECONDO I MODULI F E F1

DESCRIZIONE DEL PRODOTTO

(COMPILARE UN MODULO PER OGNI STRUMENTO PER IL QUALE VIENE RICHIESTA VALUTAZIONE DI CONFORMITA')

TIPOLOGIA DI PRODOTTO	
Caratteristiche generali dello strumento per pesare a funzionamento non automatico:	
Classe di precisione:	
N° di matricola:	
PER MODULO F	Riportare (e allegare) il certificato CE del tipo o modulo B

FIRMA AZIENDA	
Fornendo le presenti informazioni, si dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di aver rilasciato l'eventuale consenso informato mediante il modulo allegato FORM-CERTI-PRIVACY	
Per L'Azienda  _____ il _____	<b>Timbro e Firma</b> <i>(Specificare il nome e la funzione)</i>  _____