



**CENTRO ITALIANO
DI COORDINAMENTO
PER LE PROVE
NON DISTRUTTIVE**

Via C. Pisacane, 46
20025 Legnano MI
PEC: info@pec.cicpnd.it
C.F. e P.I. 09510020150



PRS N° 012C
MS N° 064A

Membro degli Accordi di Mutuo Riconoscimento EA, IAF e ILAC
Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual Recognition Agreement

CICPND	QUESTIONARIO INFORMATIVO SULL'ATTIVITA' DELL'AZIENDA	Doc. Rev. 8 Pag.	80 Maggio 2024 1 di 6
Emessa da:	Reggiani Michael		

**QUESTIONARIO INFORMATIVO
SULL'ATTIVITA' DELL'AZIENDA**

QUESTIONARIO INFORMATIVO

GENERALITA'

Il "Questionario Informativo" è stato predisposto per ottenere dall'Azienda che richiede la certificazione del proprio Sistema Qualità le informazioni di cui il CICPND necessita per istruire la relativa pratica.

Le informazioni richieste possono essere integrate da altri dati addizionali che l'Azienda ritenga agevolino il CICPND nella comprensione della propria struttura, della propria attività, delle proprie attrezzature e della presenza nel mercato.

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1 Organizzazione:

Forma Giuridica: Spa Srl Snc

Capitale Sociale:

Indirizzo

Sede legale:

Sede operativa:

codice fiscale partita IVA

tel. fax

e-mail sito internet

Allegare copia iscrizione C.C.I.A.A.

1.2 Aziende Consociate
(Ragione Sociale e indirizzo) :

.....

.....

.....

1.3 Referenze Bancarie

.....

.....

1.4 Proprietà dell'Azienda

L'Azienda appartiene ad un gruppo autonomo di azionisti? SI NO

L'Azienda appartiene ad un gruppo finanziario / industriale? SI NO

Nazionale

Estero

Se si specificare quale:

.....

1.5 Iscrizione ad Associazioni Imprenditoriali Nazionali:

.....

.....

1.6 Certificazioni rilasciate da altri Organismi/Enti:

.....

.....

.....

1.7 Consulente e/o Società di consulenza (eventuale):

Nome:

Indirizzo:.....

Tel. Fax

Cell.:..... E-mail

1.8 Fatturato

		dell'Azienda	della/e Unità produttiva/e interessate alla certificazione
	Anno in corso		
	(previsione)		
	Anni precedenti		
		

2. UNITA' PER LE QUALI E' RICHIESTA LA CERTIFICAZIONE

2.1 Unità

	Unità	Indirizzo	Telefono - Fax
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Da compilare solo se l'Unità Produttiva non coincide con l'Azienda o se l'Azienda comprende più Unità Produttive

3. ATTIVITA'

3.1 Norma di riferimento: UNI EN ISO 9001:2015

3.2 Attività dell'Organizzazione con riferimento al prodotto/servizio (CND, controlli, servizi, ecc.) da riportare sul certificato:

.....

.....

.....

.....

3.3 Esclusioni

Requisiti:

Prodotti/servizi:

3.4 I prodotti/servizi sono sottoposti a requisiti: volontari obbligatori

Se obbligatori specificare quali

CICPND	QUESTIONARIO INFORMATIVO SULL'ATTIVITA' DELL'AZIENDA	Doc. Rev. 8 Pag.	80 Maggio 2024 1 di 6
--------	---	---	--

Indirizzo

Telefono Fax

Cellulare E-mail

Nome e posizione del Rappresentante dell'Organizzazione

.....

Data

Firma

