|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Prima Certificazione*** |  | ***Rinnovo*** |  | ***Estensione di:*** | ***Scopo*** |  | ***Sito*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ragione Sociale Azienda:*** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Sede legale:*** | | | ***Via*** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***N° Civico*** | | | | | |  | | | | | |
| ***CAP*** | |  | | | | | | | ***Città*** | | | |  | | | | | | | | ***Provincia*** | | |  | | | | | | ***Stato*** | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***La sede legale è un sito oggetto della certificazione?*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | ***SI*** | |  | | | | ***NO*** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***P. Iva*** |  | | | | | | | | | ***C.F.*** | | | |  | | | | | | | | ***Codice fatturazione elettronica:*** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| ***Fatturato/volume vendite*** | | | | | | | | *Importo* | | | | | | | | | | *Anno* | | *Importo* | | | | | *Anno* | | | *Importo* | | | | | | | | *Anno* | | |
| ***Ultimo triennio obbligatorio*** | | | | | | | | *€ \_\_\_* | | | | | | | | | | *20\_\_* | | *€* | | | | | *20\_\_* | | | *€* | | | | | | | | *20\_\_* | | |
| ***Persona Riferimento:*** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | ***Funzione Aziendale:*** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ***Telefono:*** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***PEC:*** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Fax:*** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***E Mail:*** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***N° addetti in forza all’Azienda\**** | | | | | | |  | | | | | | ***N° addetti Full Time*** | | | | | | |  | | ***N° addetti totali di eventuali Subappaltatori*** | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ***N° addetti Part Time*** | | | | | | |  | |
| *\*Indicare n° totale di persone addette alla attività oggetto di certificazione indicando il numero di eventuali part-time ed il loro impegno medio.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nel caso in cui l’azienda operi su turni indicare la suddivisione delle maestranze:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *0° Turno Unico* | | | | *1° TURNO* | | | | | | | | | | | | | *2° TURNO* | | | | | | *3° TURNO* | | | | | | | | *4° TURNO* | | | | | | | |
| *Dalle ore\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_* | | | | *Dalle ore\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | | *Dalle ore\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_* | | | | | | *Dalle ore\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_* | | | | | | | | *Dalle ore\_\_\_\_\_ alle\_\_\_\_\_* | | | | | | | |
| *N°\_\_\_\_\_\_\_* | | | | *N°\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | | *N°\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | *N°\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | *N°\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***ORGANIZZAZIONE OPERANTE SU PIÙ SITI?*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI -  NO | | | | | | | | | |
| ***Elenco di tutte le sedi Riportate sul CCIAA*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Indirizzo*  *(sedi operative, Amministrative, depositi, ecc)*  *Via, Cap, Citta, Provincia* | | | | | | | | | | | *N° Turno* | | | | *N° Addetti a tempo pieno* | | | | *N° Addetti part time* | | *Attività svolta nel sito* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Norma di Riferimento:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BPD - *Buone pratiche di distribuzione dei medicinali per uso umano* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *Altro:* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L’Azienda possiede già certificazioni? “Campo Obbligatorio” NO***   ***SI***  *Se si inviare copia del/i Certificato/i:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | |
|  | | | | |
| ***Data Avvio Applicazione Sistema:*** |  | ***Data Approssimativa per rilascio attestato:*** | |  |
|  | | | | |
| ***Nominativo Consulente o Società di Consulenza:***  ***“Campo Obbligatorio”*** *(nel caso in cui non sia specificato si riterrà interno all’azienda)* | | |  | |

|  |
| --- |
| ***Descrizione tipologia Attività/Servizi erogati per cui si chiede l’Attestazione di conformità:*** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Attività autorizzate*** | Approvvigionamento  Stoccaggio  Fornitura | Esportazione  Brokering / intermediazione  Altre attività (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Riferimenti*** | Numero di autorizzazione alla distribuzione all'ingrosso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero di registrazione del broker: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| ***Indicare eventuali processi affidati all’esterno dettagliando il numero di risorse impiegate*** *(personale)* |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Eventuali fattori di rischio aggiuntivi*** | | | | |
| Numero di clienti |  | | | |
| *Volume delle vendite* |  | | | |
| *Numero di fornitori* |  | | | |
| *Tipologia/categoria di fornitori Medicinali speciali (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* | **SI** |  | **NO** |  |
| *Distribuzione/importazione parallela* | **SI** |  | **NO** |  |
| *Esportatore verso Extra UE e complessità della filiera* | **SI** |  | **NO** |  |
| *Manipolazione di prodotti che richiedono stoccaggio a bassa o alta temperatura* | **SI** |  | **NO** |  |
| *Attività in appalto* | **SI** |  | **NO** |  |
| Categorie di prodotti - stupefacenti/medicinali non autorizzati nel SEE/medicinali non autorizzati nel paese dell'azienda | **SI** |  | **NO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Particolare necessità legate alla lingua (presenza lavoratori stranieri)? se si indicare quali*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***NO*** |  | ***SI:*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Allegare Visura/Certificato CCIAA, con indicazione del Legale rappresentante*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Per imprese allegare (permessi, licenze, autorizzazioni rilasciate dalle PA) relative all’attività ed al sito*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Richiesta stampa del certificato in formato cartaceo*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Richiesta stampa del certificato in altre lingue*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Richiesta inserimento logo aziendale nel certificato (supplemento di € 50,00); se si, inviarlo con l’accettazione in*** |

***uno dei seguenti formati: png - jpeg - tiff***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***SI*** |  | ***NO*** | ***Si autorizza l’invio di materiale informativo/pubblicitario inerente a corsi o altre attività promozionali.*** |

***Dichiara di non avere in sospeso nessun reclamo e che i reclami ricevuti sono stati gestiti in modo soddisfacente per entrambe le parti.***

***Dichiara di non avere alcun tipo di controversia/contenzioso in essere con organismi di regolamentazione in materia di conformità legale.***

***In riferimento al D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE 679/2016 l’Azienda autorizza SI Cert al trattamento dei propri dati, con garanzia di riservatezza.***

*Firma del richiedente/compilatore*