

Questionario Informativo

Sottoponiamo alla Vostra attenzione i dati riportati nella tabella, al fine di determinare l'offerta per l'attività di certificazione richiesta; il presente documento compilato dovrà essere restituito a:

Dott.ssa Cardenuto Adelina 0541/322362 email: acardenuto@giordano.it

Normativa di riferimento UNI ISO 13009:2018			
Tipo di certificazione richiesta			
<input type="checkbox"/> Prima certificazione <input type="checkbox"/> Estensione (<input type="checkbox"/> di scopo <input type="checkbox"/> di sito) <input type="checkbox"/> Ricertificazione <input type="checkbox"/> Trasferimento di certificato (Cambio Ente)			
Dati dell'Organizzazione che richiede la certificazione			
Allegare copia della Visura Camerale dell'organizzazione oggetto di certificazione			
Ragione sociale			
Partita IVA/Codice Fiscale			
Persona di riferimento			
E-mail			
Pec			
Telefono		Cellulare	
Indirizzo sede legale <i>(Via, CAP, località, prov., stato)</i>			
La sede legale corrisponde alla sede dello stabilimento oggetto della certificazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
L'organizzazione affida alcune attività ad altri soggetti secondo art 45bis del codice della navigazione? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si, quali?			
L'organizzazione è affidataria di alcune attività da parte di soggetti detentori della concessione secondo art 45bis del codice della navigazione? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si, quali? Indicare il titolare della concessione:			
L'organizzazione affida alcune attività ad altri soggetti in subappalto: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se si, quali?			
Sede dello Stabilimento/i oggetto della certificazione			
Denominazione/Tipologia	Indirizzo	Attività svolte	N. Addetti
L'effettivo numero di addetti include il personale non permanente (stagionale, temporaneo, persone a contratto e subappaltato)			
N. TOTALE personale : N. personale full-time : N. personale part-time : N. Subappaltatori:			
DETTAGLI STABILIMENTO			
Superficie demaniale (mq): _____		Capacità massima della spiaggia (n. persone): _____	
Tipologia di spiaggia: <input type="checkbox"/> Pubblica <input type="checkbox"/> Privata		Data apertura: data chiusura:	
Accessibilità della spiaggia: <input type="checkbox"/> pedonale <input type="checkbox"/> accesso a mezzi a motore in area demaniale <input type="checkbox"/> parcheggio non in area demaniale <input type="checkbox"/> accesso a persone disabili			
Indicare i Servizi Erogati:			
<input type="checkbox"/> servizi essenziali quelli obbligatori e previsti dalla concessione come ad esempio (servizio di noleggio ombrelloni e lettini, servizi di pulizia e manutenzione, servizi di informazione e servizi di salvataggio). <input type="checkbox"/> Vendita alimenti e bevande (specificare sempre se Bar, Tavola calda, Ristorante, ecc); <input type="checkbox"/> bar <input type="checkbox"/> ristorante: <input type="checkbox"/> < 50 coperti <input type="checkbox"/> > 50 coperti <input type="checkbox"/> Attività ricreative (area giochi per bambini, miniclub, animazione, piscina ecc) e sportive (campo da beach volley, ping-pong, bocce, tennis, centro diving, sport acquatici noleggio natanti) <input type="checkbox"/> pedalò <input type="checkbox"/> a motore <input type="checkbox"/> a vela <input type="checkbox"/> Attività di benessere (idromassaggio, sauna, area fitness ecc); <input type="checkbox"/> Servizio parcheggio; <input type="checkbox"/> Servizio di sicurezza (inteso non come salvataggio che rientra nel servizio base ma come Security, guardiania dello stabilimento); <input type="checkbox"/> Servizio di emergenza (inteso come presenza di una infermeria con personale sanitario); <input type="checkbox"/> Venditori ambulanti; <input type="checkbox"/> Altri servizi non contemplati sopra _____;			
Infrastrutture:			
<input type="checkbox"/> ombrelloni <input type="checkbox"/> lettini/sdraio <input type="checkbox"/> cabine/spogliatoi <input type="checkbox"/> toilette <input type="checkbox"/> docce <input type="checkbox"/> lavatoi piedi <input type="checkbox"/> punti erogazione acqua potabile <input type="checkbox"/> deposito materiali/mezzi			

DIVISIONE CERTIFICAZIONE SISTEMI DI GESTIONE - Tel. +39 0541 322390 certificazionesistemi@giordano.it

<input type="checkbox"/> locale infermeria <input type="checkbox"/> rimessaggio imbarcazioni <input type="checkbox"/> reception
Altre informazioni
L'Organizzazione fa parte di un gruppo più grande (Holding, Corporation, ...)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____
L'Organizzazione ha utilizzato consulenti per la predisposizione del Sistema? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____
Da quanti anni vengono applicati criteri di Assicurazione/Gestione della Qualità?
L'Organizzazione ha altri sistemi di gestione certificati? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, indicare _____
Note:

CONSENSO SULLA PRIVACY. Con la sottoscrizione del presente modulo il Committente autorizza sin d'ora Istituto Giordano S.p.A. (direttamente e indirettamente attraverso terzi in relazione agli adempimenti in qualsiasi modo connessi e/o collegati con il presente documento) al trattamento dei dati ivi contenuti secondo il D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018 e il Reg UE 679/2016. L'informativa completa è consultabile sul sito www.giordano.it.

Data

Timbro e Firma
