

MOTIVO DELLA COMPILAZIONE:

Nuova certificazione

Aggiornamento dati

(per aziende già certificate con il ns OdC. Da compilare prima di sorveglianze e/o rinnovi)

Transfer

(aziende che intendono trasferire la propria certificazione al ns OdC)

Rimissioni

(in caso si necessiti di modifiche al certificato corrente)

AZIENDA RICHIEDENTE:

RAGIONE SOCIALE: _____

Sito n° _____

Nome del sito

(se differente dal nome della sede centrale) _____

Indirizzo _____

Città: _____

Prov. _____

CAP _____

N° Addetti Totali _____

Risorse interne _____

Outsourcing

(es. Subappalto, collaboratori esterni ecc..) _____

N° Full-time _____

N° Part-time _____

N° Collaboratori _____

N° Stagionali e tempo di utilizzo _____

N° turni di lavorazione al giorno: _____

Giorni in cui sono effettuati i turni:

Solo alcuni giorni della settimana solo weekend 7 giorni

Presenza turno notturno: SI NO

Le stesse attività sono svolte in tutti i turni ?

SI NO

se No fornire dettagli

Lo scopo è differente rispetto alla sede principale

SI NO

Se SI, si prega di specificare

Sito n° _____

Nome del sito

(se differente dal nome della sede centrale) _____

Indirizzo _____

Città: _____

Prov. _____

CAP _____

N° Addetti Totali _____

Risorse interne _____

Outsourcing

(es. Subappalto, collaboratori esterni ecc..) _____

N° Full-time _____

N° Part-time _____

N° Collaboratori _____

N° Stagionali e tempo di utilizzo _____

N° turni di lavorazione al giorno: _____

Giorni in cui sono effettuati i turni:

Solo alcuni giorni della settimana solo weekend 7 giorni

Presenza turno notturno: SI NO

Le stesse attività sono svolte in tutti i turni ?

SI NO

se No fornire dettagli

Lo scopo è differente rispetto alla sede principale

SI NO

Se SI, si prega di specificare

Sito n° _____

Nome del sito

(se differente dal nome della sede centrale) _____

Indirizzo _____

Città: _____

Prov. _____

CAP _____

N° Addetti Totali _____

Risorse interne _____

Outsourcing

(es. Subappalto, collaboratori esterni ecc..) _____

N° Full-time _____

N° Part-time _____

N° Collaboratori _____

N° Stagionali e tempo di utilizzo _____

N° turni di lavorazione al giorno: _____

Giorni in cui sono effettuati i turni:

Solo alcuni giorni della settimana solo weekend 7 giorni

Presenza turno notturno: SI NO

Le stesse attività sono svolte in tutti i turni ?

SI NO

se No fornire dettagli

Lo scopo è differente rispetto alla sede principale

SI NO

Se SI, si prega di specificare

DATA: _____

TIMBRO E FIRMA : _____