FORNITORE: **DATA:**

DATI AZIENDALI

Ragione sociale	
Indirizzo	
CAP	
Comune - Stato	
Persone di riferimento:	
Riferimenti:	Telefono: Fax: E-mail:
Certificazioni dell'azienda	□ ISO 9001 – Sistema Gestione Qualità □ ISO 9100 – Sistema Gestione Qualità Aerospace □ ISO 14001 – Sistema Gestione Ambientale □ ISO 45001 – Sistema Gestione Sicurezza □ SA 8000 – Sistema Gestione Responsabilità Sociale □ Altro _____ Vi chiediamo di inviare copia delle certificazioni in vostro possesso
Attività svolta dall'azienda (Breve descrizione delle principali attività)	
CCNL	
Sottoscrizione di altri accordi sindacali	

STRUTTURA DELL'ORGANICO

Numero totale lavoratori dipendenti	M _____	F _____	Immigrati _____	Totale _____
Numero lavoratori dipendenti area produttiva	M _____	F _____	Immigrati _____	Totale _____
Numero lavoratori dipendenti area uffici	M _____	F _____	Immigrati _____	Totale _____
Numero lavoratori disabili	M _____	F _____	Immigrati _____	Totale _____
Numero lavoratori con contratto apprendistato	Produzione: Uffici:			
Numero totale lavoratori a domicilio	M _____	F _____	Immigrati _____	Totale _____

ELENCO DELLE LAVORAZIONI ESEGUIBILI DAL FORNITORE

In alternativa alla compilazione della tabella sotto riportata, è possibile inviare l'elenco delle macchine e delle lavorazioni eseguibili. (Esempio: elenco macchine, depliant dell'azienda, scheda macchine, ecc.)

Lavorazioni / Processi eseguibili	Dimensioni Max	Tolleranze

MODALITA' COMPILAZIONE CHECK-LIST

Di seguito sono indicate le domande, i documenti di riferimento, le evidenze oggettive e le criticità dei punti norma verificati.

Le evidenze oggettive sono classificati a seconda dell'applicazione in:

- **SI**: il requisito è applicato in maniera corretta;
- **NO**: il requisito è applicato ma presenta non conformità;
- **R**accomandazioni: il requisito è applicato ma vi sono possibilità di miglioramento;
- **NA**: il requisito richiesto non risulta applicabile all'azienda.

SISTEMA GESTIONE QUALITA' (standard di riferimento ISO 9001 / ISO 9100)

La vostra organizzazione ha un Sistema di Gestione per la qualità certificato? □ SI' □ NO

Se SI,

N° certificato: _____ Ente: _____ Data rilascio: _____ Data Scadenza: _____;

1 – SISTEMA GESTIONE QUALITA'						
REQUISITO DA VERIFICARE		**APPLICAZIONE**				**EVIDENZA**
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Esiste una Responsabile della Qualità? Indicare nome del responsabile					
2	Esiste un organigramma aziendale?					
3	Esistono procedure per il controllo dei prodotti acquistati?					
4	Identificate i prodotti durante l'iter aziendale?					
5	Sono previsti controlli durante la produzione?					
6	Chi effettua i controlli nel corso della produzione?					
7	Sono registrati i controlli effettuati nel corso della produzione?					
8	Avete degli strumenti dedicati per il controllo (calibri, micrometri, metri, ecc.)?					
9	Il personale impiegato nei controlli è formato e addestrato?					
10	Le apparecchiature di controllo e collaudo sono regolarmente verificate e tarate?					
11	Vengono effettuati i controlli finali?					
12	Chi effettua i controlli finali?					
13	L'identificazione del controllo finale è fatta con targhette, cartellini o altro?					
14	Esistono opportune aree di immagazzinamento dei prodotti?					
15	Esistono procedure per la gestione dei prodotti non conformi?					
16	Avete una procedura per il controllo e la risoluzione delle anomalie (non conformità)?					
17	Vengono analizzati i reclami dei Clienti per identificare ed eliminare potenziali cause di non conformità?					
18	E' stato formalizzato un registro per la raccolta e la risoluzione delle NC/anomalie?					
19	Che tipo di documentazione viene allegata al prodotto consegnato?					
20	Avete una procedura per la gestione dello stoccaggio della materia prima e del materiale fornito dal cliente in C/L?					

SISTEMA GESTIONE AMBIENTALE (standard di riferimento ISO 14001)
SISTEMA GESTIONE SICUREZZA (standard di riferimento ISO 45001)
SISTEMA GESTIONE RESPONSABILITA' SOCIALE (standard di riferimento SA8000)

L'organizzazione ha un Sistema di Gestione Ambientale certificato? □ **SI'** □ **NO**
Se SI,
N° certificato: _____ Ente: _____ Data rilascio: _____ Data Scadenza: _____;

L'organizzazione ha un Sistema di Gestione Sicurezza certificato? □ **SI'** □ **NO**
Se SI,
N° certificato: _____ Ente: _____ Data rilascio: _____ Data Scadenza: _____;

L'organizzazione ha un Sistema di Gestione Responsabilità Sociale certificato? □ **SI'** □ **NO**
Se SI,
N° certificato: _____ Ente: _____ Data rilascio: _____ Data Scadenza: _____;

1 - LAVORO INFANTILE

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Vengono impiegati dall'azienda lavoratori di età inferiore a 14 anni?					
2	vengono impiegati dall'azienda lavoratori di età compresa tra i 15 e i 18 anni? con quale contratto?					

2 - LAVORO FORZATO E OBBLIGATO

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Avete richiesto al personale di pagare depositi o di depositare documenti d'identità?					
2	Avete in azienda agenti di sicurezza, sorveglianti o strumenti di controllo per i lavoratori?					
3	I lavoratori ne sono a conoscenza?					

3 - SICUREZZA – VALUTAZIONE DEI RISCHI

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Il DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) o l'autocertificazione risulta essere aggiornato con il D. Lgs. 81/08?					
2	Valutazione rischio rumore?					
3	Valutazione rischio vibrazioni?					
4	Valutazione rischio da movimentazione manuale dei carichi?					
5	Valutazione rischio da movimenti ripetitivi?					
6	Valutazione rischio per lavori in quota?					
7	Valutazione rischio chimico?					

8	Valutazione rischio agenti cancerogeni, mutageni, polveri di legno duro?					
9	Valutazione rischio agenti biologici?					
10	Valutazione rischio atmosfere esplosive (ATEX)?					
11	Valutazione rischio lavoratrici-madri?					
12	Valutazione rischio per lavoratori minori se presenti?					
13	Valutazione rischio stress lavoro correlato?					
14	Valutazione Rischio Incendio o autocertificazione?					
15	Documento valutazione rischi interferenti DUVRI?					

4 - SICUREZZA - PROCEDURE INTERNE

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	presenza di una procedura scritta per la corretta gestione della manutenzione di macchine e impianti?					
2	Formazione sul corretto utilizzo delle attrezzature e dei macchinari in sicurezza					
3	Presenza di istruzioni operative per l'uso delle macchine, attrezzature di lavoro					
4	presenza schede di manutenzione					
5	presenza di una procedura scritta per la corretta gestione dei dispositivi di protezione individuale?					
6	data ultima formazione su uso Dispositivi di protezione					
7	È presente una lista di distribuzione dei dispositivi di protezione individuali?					
8	presenza di una procedura scritta per la corretta gestione degli infortuni, incidenti, comportamenti pericolosi?					
9	Mantenete registrazioni scritte di tutti gli infortuni accaduti sul posto di lavoro?					
10	presenza di una procedura scritta per la corretta gestione della formazione?					
11	presenza programma di formazione?					
12	La formazione per la sicurezza viene effettuata ai nuovi assunti e in caso di cambio mansione o di sito lavorativo?					
13	Avete un piano di emergenza aziendale e di evacuazione?					

14	Eseguite o avete mai eseguito prove di evacuazione aziendale?					

5 - SICUREZZA - ORGANIZZAZIONE INTERNA						
REQUISITO DA VERIFICARE		**APPLICAZIONE**				**EVIDENZA**
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Organigramma della Sicurezza, divulgazione ed esposizione					
2	nomina Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) interno o territoriale?					
3	Se RLS interno attestato frequentazione corso 32 ore (e aggiornamenti annuali)					
4	Lettera di incarico per il Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione					
5	Relazioni di sopralluogo annuale del Medico Competente?					
6	Verbale riunione annuale (Art.35) per aziende con 15 o più dipendenti. Verificare le firme di presenza del DdL, del MC, del RLS.					
7	Sono stati nominati gli addetti alla gestione emergenza di primo soccorso e antincendio?					
8	gli addetti hanno frequentato i corsi necessari?					

6 - AMBIENTE						
REQUISITO DA VERIFICARE		**APPLICAZIONE**				**EVIDENZA**
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Quali di questi impatti ambientali sono applicabili alla vostra organizzazione:	Eventuali note:				
	❑ emissioni in atmosfera ❑ rifiuti ❑ scarichi idrici (civici) ❑ scarichi idrici industriali ❑ acque meteoriche ❑ utilizzo risorse idriche (acquedotto, pozzo, altro) ❑ sostanze pericolose ❑ serbatoi interrati e contaminazioni del terreno ❑ olii esausti e batterie ❑ imballaggi ❑ amianto ❑ PCB / PCT e altre sostanze lesive dell'ozono ❑ rumore ❑ fonti energetiche (elettrica, metano, gasolio, olio combustibile) ❑ emergenze ambientali ❑ altri impatti					

2	Avete effettuato l'iscrizione al SISTRI? (se ancora applicabile)					
3	Operate una gestione corretta dei rifiuti? (assimilabili, speciali, riciclabili, ecc.)					
4	Gestione emissioni in atmosfera Avete autorizzazioni? Eseguite verifiche periodiche?					
5	Gestione Scarichi acque reflue Avete autorizzazioni? Eseguite verifiche periodiche?					
6	Avete una relazione di verifica della rumorosità esterna? (impatto acustico esterno)					
7	Avete una procedura per la corretta individuazione, selezione, stoccaggio e manipolazione delle sostanze pericolose?					
8	Avete un piano di emergenza ambientale per gestire eventuali incidenti?					
9	Il vostro personale è informato sugli aspetti legati agli impatti ambientali?					
10	Avete mai ricevuto reclami o segnalazioni ambienti interne (dipendenti) o esterne (vicinato, enti di controllo, ecc.)?					

7 - LIBERTA' DI ASSOCIAZIONE E DIRITTO ALLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	DOMANDA	SI	NO	R	NA	DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO
1	Avete personale aziendale iscritto ai sindacati?					
2	Avete rappresentanti sindacali in azienda?					
3	I lavoratori si riuniscono periodicamente in assemblee?					
4	Vi sono attualmente contenziosi aperti con i lavoratori?					

8 - DISCRIMINAZIONE

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	DOMANDA	SI	NO	R	NA	DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO
1	Avete metodologie per prevenire forme di discriminazione? Codice di comportamento ecc					
2	Avete ricevuto denunce di discriminazioni subite dai lavoratori?					
3	Se ricevete denunce o segnalazioni di discriminazione come le gestite?					
4	Avete lavoratori disabili? L'azienda è dotata di tutte le attrezzature di cui essi hanno bisogno?					

9 - PROCEDURE DISCIPLINARI

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	DOMANDA	SI	NO	R	NA	DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO
1	Disponete di un codice disciplinare o di un regolamento interno?					
2	I lavoratori ne sono a conoscenza?					

3	Nel caso in cui un lavoratore si comporti in modo non conforme al regolamento, o la sua condotta non sia corretta, vengono intraprese delle azioni disciplinari?					
4	Se sì, di che tipo?					
	- Richiami verbali?					
	- Deduzioni pecuniari?					
	- Giornate di sospensione?					
	- Altro?					

10 - ORARIO DI LAVORO

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	L'orario di lavoro settimanale dell'azienda rispetta i termini contrattuali?					
2	Il lavoro straordinario supera le 8 (otto) ore per dipendente alla settimana?					
3	L'azienda richiede regolarmente il lavoro straordinario?					
4	I lavoratori portano a casa del lavoro da svolgere?					
5	Se sì, come vengono considerate le ore di lavoro a casa?					
6	Le ferie vengono esaurite a fine anno?					

11 - RETRIBUZIONE

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	I lavoratori ricevono il dettaglio della retribuzione?					
2	La busta paga è comprensibile riguardo la composizione del salario e delle indennità?					
3	I lavoratori vengono pagati regolarmente?					
4	Le ore di straordinario sono pagate con tariffa maggiorata?					

12 – SICUREZZA CONTROLLO FORNITORI - SUBFORNITORI

REQUISITO DA VERIFICARE		APPLICAZIONE				EVIDENZA
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Utilizzate fornitori per i prodotti/servizi forniti?					
2	Tutti i subfornitori sono stati informati dei requisiti degli standard qualità, ambiente, sicurezza ed etica?					
3	C'è un archivio di sub-fornitori approvati?					
4	Fate ricorso a LAVORATORI A DOMICILIO?					
4.1	Se utilizzati, viene garantito ai lavoratori a domicilio l'accesso a livelli di protezione simili a quelli dei lavoratori dipendenti?					

4.2	Se utilizzati, i lavoratori a domicilio vengono incaricati attraverso un contratto scritto?					
4.3	Se utilizzati, viene mantenuta traccia dell'identità dei lavoratori a domicilio, delle ore lavorate e della quantità del servizio/prodotto fornito?					

13 - SEGNALAZIONI E AZIONI CORRETTIVE						
REQUISITO DA VERIFICARE		**APPLICAZIONE**				**EVIDENZA**
n°	**DOMANDA**	**SI**	**NO**	**R**	**NA**	**DOCUMENTI– PERSONALE INTERVISTATO**
1	Avete messo a disposizione del personale modalità e strumenti per segnalare in modo confidenziale segnalazioni e lamentele?					
2	Al ricevimento di segnalazioni e lamentele, l'azienda indaga, tratta e risponde alle problematiche dei dipendenti?					
3	È stata eseguita una valutazione del clima interno dell'azienda?					

Data

_____

Firma

_____

BREVE RELAZIONE SULL'ATTIVITA' SVOLTA, PERSONE INTERVISTATE