

| ANAGRAFICA | |
|--|---|
| Ragione Sociale | |
| Telefono | |
| Website | |
| C.F. | |
| P.IVA | |
| Referente | |
| E-mail referente | |
| Telefono referente | |
| DATI PER LA FATTURAZIONE | |
| Città | |
| Prov. | |
| CAP | |
| Indirizzo | |
| PEC | |
| Codice SDI | |
| DATI TECNICI | |
| Certificazione richiesta | <input type="checkbox"/> Regolamento di esecuzione (UE) 2015/2067 |
| Impresa individuale | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Addetti personale FGAS certificato ¹ | |
| Per impresa individuale, nominativo titolare in possesso del patentino cat. 1 | |
| Fatturato medio per specifico settore FGAS degli ultimi 3 anni, escludendo il fatturato generato dalla vendita di apparecchiature e materiali/Fatturato presunto | |
| Eventuale società di consulenza che ha supportato l'impresa nel percorso per la certificazione | |

¹ Indicare le figure professionali (installatori/manutentori) che hanno conseguito la certificazione FGAS, con indicazione del Reg. e della eventuale categoria

Documentazione da allegare alla domanda di certificazione

- Certificato rilasciato da C.C.I.A.A. competente da cui risulti l'iscrizione nei Registri delle Imprese, che indichi la persona che ha la legale rappresentanza e l'attività esercitata dall'impresa secondo il Regolamento di esecuzione (UE) 2015/2067 ed eventuale visura camerale ove sia specificato impresa individuale, con data inferiore a 6 mesi.
- Attestato di registrazione al Registro nazionale sia delle persone che delle imprese certificabili per gli FGAS.
- Copia patentini FGAS in corso di validità (obbligatoria per titolare riferito a casistica impresa individuale).
- Documentazione interna riferita a procedure/istruzioni utilizzate per operare in ambito FGAS comprensiva delle modalità di gestione di reclami e ricorsi.
- Elenco persone impiegate in possesso di patentino FGAS.
- Documento che indichi la disponibilità di idonei strumenti/attrezzature per svolgere le attività oggetto di certificazione.
- Evidenza di eventuale certificazione del proprio Sistema di gestione per la Qualità, rilasciata da Organismo di certificazione accreditato.

Note Generali:

- La presente domanda sarà considerata valida solo se compilata integralmente.
- Con la sottoscrizione della presente domanda il cliente accetta di svolgere l'audit entro e non oltre 60 giorni dalla data odierna. Nel caso in cui l'audit non si svolgesse entro i termini sopra descritti per cause imputabili al cliente l'Organismo I.C.P. incamererà le somme ricevute a titolo di penale.

Compilato da _____

Firma _____

Data _____

| SPAZIO RISERVATO ICP | |
|----------------------------------|--|
| Riesame della domanda | |
| Tempi verifica di certificazione | |
| Tempi verifica di mantenimento | |
| Tempi verifica di rinnovo | |

La Direzione Tecnica

Data