

Scheda Anagrafica e Valutazione Fornitori

Supplier Basic Evaluation Data Form

 SVF - Allegato 3 rev. 0 del 30.04.2020
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 1 a 4

Fornitore: Supplier:							
Via Address		n°		CAP ZIP		Città City	
Provincia State				Stato Country			
Telefono Telephone				Fax			Cell. Mobile
E_mails							
Partita IVA VAT							
Iscrizione alla Camera di commercio Company Registration							
Anno di fondazione Company founded in (year)							
Numero dipendenti Number of Employees							
Settore Merceologico Supplied Materials				Fatturato anno precedente Turnover of last year			
Certificazioni Certifications	<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001		<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 14001		<input type="checkbox"/> OHSAS 18001		<input type="checkbox"/> NO
Banca di appoggio Bank							
Codice IBAN IBAN Code							
Riferimento: Reference:							
Persona da contattare Contact Person					Funzione Function		
Telefono Telephone					Fax		
Telefono Mobile Mobile Phone					E_mails		

Infrastruttura Infrastructure					
Sede Office	Superficie Coperta Covered Surface	Superficie Scoperta Uncovered Surface	Superficie Totale Total Surface	Peso Massimo Sollevabile Maximum Weight Lifting	Massimo Ingombro Interno Maximum Internal Dimensions
Capacità Produttiva Indicativa (Se significante)/ Indicative Production capacity (if significant)					
Prodotto/ Product			Quantità Annua/ Annual Volume		
1					
2					
3					

Scheda Anagrafica e Valutazione Fornitori Supplier Basic Evaluation Data Form

 SVF - Allegato 3 rev. 0 del 30.04.2020
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 2 a 4

Vi sono prodotti / lavorazioni / trattamenti che sono sistematicamente affidate in sub fornitura?
 Are there products / processes / treatments that are routinely handled in subcontracting?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali? Which?
-----------------------------	-----------------------------	------------------

Quali sono i Vostri principali mezzi di produzione? Allegare una Lista.
 What are your main means of production? Attach a list.

Tipo/Model	No.	Tipo/Model	No.
<input type="checkbox"/> Centri di Lavoro a Controllo Numerico Machining Centres Numerical Control		<input type="checkbox"/> Saldatrici TIG/MIG - Welding machines TIG/MIG	
<input type="checkbox"/> Torni / Lathes		<input type="checkbox"/> Carri ponte / Overhead traveling cranes	
<input type="checkbox"/> Frese/Mills		<input type="checkbox"/> Troncatrici / Croppers	
<input type="checkbox"/> Presse Meccaniche/ Mechanical presses		<input type="checkbox"/> Trapani / Drilling	
<input type="checkbox"/> Presse Piegatrici / Press Brake		<input type="checkbox"/> Rettifiche / Grinding	
<input type="checkbox"/> Dentatrici / Grooveprocessing		<input type="checkbox"/> Taglio Plasma / Plasma cutting machine	
<input type="checkbox"/> Punzonatrici a Controllo Numerico / Punching CNC		<input type="checkbox"/> Taglio Laser /Laser cutting machines	
<input type="checkbox"/> Macchine per Elettroerosione / EDM machines		<input type="checkbox"/> Taglio ad Acqua/ Water cutting machines	

Altri mezzi di produzione? Specificare e/o allegare una Lista.
 Other means of production? Specify and / or attach a list.

Tipo/ Model	No.	Tipo/ Model	No.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Quali sono i Vostri principali strumenti di misura per il controllo nel corso della produzione e per il collaudo finale? Allegare una lista.
 What are your main measuring instruments for control during production and final testing? Attach a list.

Tipo/ Model	No.	Tipo/ Model	No.
<input type="checkbox"/> Misuratore Tridimensionale / Three-dimensional control machine		<input type="checkbox"/> Rugosimetri / Roughness Tester	
<input type="checkbox"/> Multimetri / Multimeter		<input type="checkbox"/> Chiavi dinamometriche / Torque Wrench	
<input type="checkbox"/> Oscillografi / Oscillographs		<input type="checkbox"/> Durometri/ Hardness Tester	
<input type="checkbox"/> Celle di carico / Load Cells		<input type="checkbox"/>	

Altri strumenti di misura? Specificare e/o allegare una Lista.
 Do you have other measuring instruments?

Tipo/ Model	No.	Tipo/ Model	No.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Scheda Anagrafica e Valutazione Fornitori

Supplier Basic Evaluation Data Form

 SVF - Allegato 3 rev. 0 del 30.04.2020
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 3 a 4

Ambiente									
È attivo un Sistema di Gestione Ambientale?	<input type="checkbox"/> No, ma tutte le prescrizioni legislative in materia ambientale sono rispettate;		<input type="checkbox"/> Il Sistema di Gestione Ambientale è in fase di implementazione; tutte le prescrizioni legislative in materia ambientale sono rispettate;		<input type="checkbox"/> Il Sistema di Gestione Ambientale è implementato; tutte le prescrizioni legislative in materia ambientale sono rispettate; è attivo un piano di miglioramento ambientale;		<input type="checkbox"/> Sì, ma non certificato.		
È stata effettuata un'Analisi Ambientale?	<input type="checkbox"/> No;		<input type="checkbox"/> Sì;		<input type="checkbox"/> Prevista entro 12 mesi;		<input type="checkbox"/> Prevista entro 36 mesi.		
Quale affermazione in merito ad Aspetti ed Impatti Ambientali più si approssima alla Vostra realtà?	<input type="checkbox"/> Gli aspetti ed i conseguenti impatti ambientali sono noti ed in base ad essi sono stati stabiliti degli obiettivi di miglioramento;		<input type="checkbox"/> Gli aspetti ed i conseguenti impatti ambientali non sono noti, ma l'azienda sta valutando i possibili piani di miglioramento;		<input type="checkbox"/> Gli aspetti ed i conseguenti impatti ambientali non sono noti, ma l'azienda è interessata a conoscere possibili piani di miglioramento;		<input type="checkbox"/> Gli aspetti ed i conseguenti impatti ambientali non sono noti;		
In che modo sono considerati gli aspetti ambientali inerenti la Vostra attività?	<input type="checkbox"/> In nessun modo;		<input type="checkbox"/> In occasione di incidenti/eventi rilevanti dal punto di vista ambientale;		<input type="checkbox"/> Per una regolarizzazione di tutti gli aspetti ambientali normativi, è stata svolta un'analisi ambientale iniziale del sito produttivo, verificata saltuariamente nel corso degli anni;		<input type="checkbox"/> È stata svolta un'analisi ambientale iniziale del sito produttivo finalizzata all'evidenziazione degli aspetti ambientali del sito aziendale, verificati periodicamente, per valutarne la significatività.		
In che modo sono tenute sotto controllo le prescrizioni legali, in ambito ambientale, inerenti la Vostra attività?	<input type="checkbox"/> In nessun modo;		<input type="checkbox"/> Saltuariamente, con l'eventuale supporto di consulenti esterni;		<input type="checkbox"/> In occasione di significative variazioni dell'assetto operativo;		<input type="checkbox"/> In modo sistematico, con periodicità prefissata, nonché in occasione di significative variazioni dell'assetto operativo, è svolta da personale aziendale, con il supporto di consulenti esterni, una verifica delle prescrizioni legali applicabili al sito.		
Provvedete ad una sorveglianza dei consumi di risorse?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A volte	<input type="checkbox"/> Sì
	Acqua			Energia Elettrica			Gas, Gasolio, ...		
In che modo è gestita la raccolta dei rifiuti da Voi prodotti?	<input type="checkbox"/> In nessun modo;		<input type="checkbox"/> In modo differenziato solo in caso di accumuli rilevanti;		<input type="checkbox"/> In modo differenziato solo per alcune tipologie secondo le indicazioni impartite dalle locali aziende di smaltimento dei rifiuti;		<input type="checkbox"/> Sistematicamente in modo completamente differenziato, in accordo al C.E.R. applicabile, con controllo sistematico dei volumi accumulati, smaltimento tramite ditte autorizzate e verifica della quarta copia del Formulario di Identificazione.		
In che modo sono gestite le immissioni/emissioni di effluenti (fumi e acque di scarico) da Voi prodotti?	<input type="checkbox"/> In nessun modo;		<input type="checkbox"/> Verificate solo su formale richiesta;		<input type="checkbox"/> In occasione di significative variazioni dell'assetto operativo;		<input type="checkbox"/> Sono state preliminarmente autorizzate dagli enti competenti, e sono periodicamente controllate con conservazione degli esiti dei controlli eseguiti.		

Scheda Anagrafica e Valutazione Fornitori
Supplier Basic Evaluation Data Form

 SVF - Allegato 3 rev. 0 del 30.04.2020
 NIC Q 740 - rev. 7 del 30.04.2020

Pagina 4 a 4

Sicurezza				
È attivo un Sistema di Gestione per la Sicurezza?	<input type="checkbox"/> No, ma tutte le prescrizioni legislative in materia di Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro sono rispettate;	<input type="checkbox"/> Il Sistema di Gestione per la Sicurezza è in fase di implementazione; tutte le prescrizioni legislative in materia di Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro sono rispettate;	<input type="checkbox"/> Il Sistema di Gestione per la Sicurezza è implementato, ma non certificato; tutte le prescrizioni legislative in materia di Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro sono rispettate; è attivo un piano di miglioramento per la Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro;	<input type="checkbox"/> Sì, il Sistema di Gestione per la Sicurezza è implementato e certificato da ente terzo.
È stata effettuata e periodicamente aggiornata la Valutazione dei Rischi?	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Prevista entro _____	<input type="checkbox"/> Sì; Data Ultimo Aggiornamento _____	
Quale affermazione in merito ai Rischi per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro più si approssima alla Vostra realtà?	<input type="checkbox"/> I Rischi per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro sono noti ed in base ad essi sono stati stabiliti e pianificati gli obiettivi di miglioramento;	<input type="checkbox"/> I Rischi per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro sono noti e l'azienda è impegnata a definire ed implementare i relativi piani di miglioramento;	<input type="checkbox"/> I Rischi per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro NON sono noti, ma l'azienda sta valutando possibili piani di miglioramento;	<input type="checkbox"/> I Rischi per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro NON sono noti;
È stato nominato l'RSPP (Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione)?	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Sì; in data _____	<input type="checkbox"/> Non ancora. Previsto entro _____	
È stato nominato il Medico Competente	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Sì; in data _____	<input type="checkbox"/> Non ancora. Previsto entro _____	
È stato designato il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Sì; in data _____	<input type="checkbox"/> Non ancora; Previsto entro _____	
In materia di Formazione per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, quale affermazione più si approssima alla Vostra realtà?	<input type="checkbox"/> Non è necessaria perché il personale è adeguatamente esperto;	<input type="checkbox"/> Il personale è formato all'inizio del rapporto di lavoro e in occasione di cambi di mansione e/o di attività da personale aziendale esperto.	<input type="checkbox"/> Il personale è formato in conformità alla legislazione vigente in materia di formazione per la Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro sia all'inizio del rapporto di lavoro sia successivamente, con periodicità prefissata, nonché in occasione di significative variazioni dell'assetto operativo. La formazione è svolta da personale abilitato, interno e/o esterno, in ogni caso prevedendo sempre la formale verifica dell'apprendimento.	
In che modo sono tenute sotto controllo le prescrizioni legali, in ambito Salute e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro, inerenti la Vostra attività?	<input type="checkbox"/> In nessun modo;	<input type="checkbox"/> Saltuariamente e/o in occasione di significative variazioni dell'assetto operativo, con l'eventuale ricorso a consulenti esterni;	<input type="checkbox"/> In modo sistematico, con periodicità prefissata, nonché in occasione di significative variazioni dell'assetto operativo, è svolta da personale aziendale, con il supporto di consulenti esterni, una verifica delle prescrizioni legali applicabili al sito.	
È disponibile il registro degli infortuni?	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Sì;		
Numero di Infortuni per anno	Anno Corrente _____	Anno Corrente -1 _____	Anno Corrente -2 _____	Anno Corrente -3 _____
Giornate di Lavoro perdute per Infortuni	Anno Corrente _____	Anno Corrente -1 _____	Anno Corrente -2 _____	Anno Corrente -3 _____
È stato predisposto ed implementato un Piano di Sorveglianza Sanitaria?	<input type="checkbox"/> No;	<input type="checkbox"/> Sì;		