

# QUESTIONARIO



Nome Azienda \_\_\_\_\_  
Numero dipendenti \_\_\_\_\_  
Fatturato \_\_\_\_\_  
Certificazione SA 8000 SI NO  
Certificazione ISO 9001 SI NO  
Certificazione ISO 14001 SI NO  
Certificazione OHSAS 18001 SI NO  
Altre certificazioni \_\_\_\_\_

Si prega di compilare il questionario se l'azienda non possiede la certificazione SA 8000  
N.A.= non applicabile, nei casi in cui il requisito non sia previsto nella Vostra realtà aziendale

## PERSONALE

## Note

Qual è l'età minima dei lavoratori impegnati nella Vostra Azienda?				
La Vostra Azienda si impegna a non ricorrere né sostenere l'utilizzo del lavoro forzato e obbligato?	SI	NO	N.A.	
La Vostra Azienda si impegna a garantire l'assenza di discriminazioni (per razza, casta, nazionalità, religione, disabilità, età, sesso, preferenze sessuali, appartenenza ai sindacati, affiliazione politica) nella selezione, assunzione, definizione della retribuzione ed accesso alla formazione del personale?	SI	NO	N.A.	
La Vs. Azienda opera in conformità alle norme di legge relative al lavoro e ai contratti di lavoro applicabili?	SI	NO	N.A.	
Il Libro unico del lavoro è aggiornato e il listino stipendi indica tutte le voci di retribuzione?	SI	NO	N.A.	
La Vostra Azienda ricorre all'utilizzo del lavoro straordinario in misura superiore a quanto previsto dal CCNL e/o dalle contrattazioni aziendali?	SI	NO	N.A.	
Il lavoro straordinario è volontario ed è pagato secondo quanto previsto dai contratti in essere e/o dalla legge?	SI	NO	N.A.	
Nella Vostra Azienda sono presenti i sindacati? Indicare nelle NOTE il numero massimo di ore di permesso previste in un anno.	SI	NO	N.A.	
L'Azienda si impegna a non utilizzare né sostenere pratiche disciplinari quali punizioni corporali, coercizione mentale o fisica, abusi verbali al personale?	SI	NO	N.A.	

## SICUREZZA

E' presente il documento di valutazione del rischio (se azienda con più di 10 dipendenti) oppure l'autocertificazione secondo quanto prescritto dalle leggi in vigore?	SI	NO	N.A.	
Sono state individuate eventuali mansioni che espongono i lavoratori a rischi specifici (in caso affermativo, specificare quali nelle NOTE)?	SI	NO	N.A.	
Esiste attestazione di avvenuta consegna dei Dispositivi di Sicurezza individuali?	SI	NO	N.A.	
Il registro infortuni vidimato obbligatorio è disponibile c/o la sede?	SI	NO	N.A.	
Esiste il registro antincendio?	SI	NO	N.A.	

Esiste il piano di evacuazione (se azienda con più di 10 dipendenti)?	SI	NO	N.A.	
Esiste la dichiarazione di conformità degli impianti elettrici alla Legge 46/90 e s.m.i.?	SI	NO	N.A.	
E' stato nominato il Responsabile Servizio Prevenzione ed è in possesso della formazione prevista dal D.lgs. 81/08?	SI	NO	N.A.	
Il medico competente è stato nominato?	SI	NO	N.A.	

#### **FORNITORI**

Nella Vs. Azienda viene applicato il CCNL di categoria? Indicare nelle NOTE la categoria di appartenenza.	SI	NO	N.A.	
La Vs. Azienda risulta debitrice nei confronti dei dipendenti?	SI	NO	N.A.	
La Vs. Azienda paga regolarmente tutti i contributi previsti dalla legge e dai contratti di lavoro (DURC)?	SI	NO	N.A.	
La Vs. Azienda esternalizza fasi del processo produttivo?	SI	NO	N.A.	

Con la firma di questo documento, il Legale Rappresentante dell'Azienda dichiara che le informazioni fornite sono veritiere e si assume tutte le responsabilità conseguenti, si impegna a conformarsi a tutti i requisiti del presente documento e rimediare ad eventuali non conformità rilevate.

Si impegna inoltre a comunicare in maniera tempestiva eventuali variazioni alle informazioni contenute nel presente documento.

Inoltre, autorizza TEP S.p.A. ad effettuare verifiche ispettive con proprio personale e/o con altre organizzazioni autorizzate da TEP S.p.A. stessa presso l'Azienda, al fine di verificare quanto dichiarato.

Infine, il Legale Rappresentante presta consenso al trattamento dei dati, ai sensi del D.lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali").

Luogo e data

Il Legale Rappresentante (Timbro e firma)

---