

**QUESTIONARIO DI QUALIFICA DEL FORNITORE**

**MOD 840 D**

**Riservato Pomili Demolizioni Speciali S.r.l. (Direzione AFPC – RSGI)**

| Data ricezione | Codifica interna |
|----------------|------------------|
|                |                  |

**PREMESSA**

Il Questionario ha lo scopo di raccogliere le informazioni di base, per una valutazione preliminare dei Fornitori **Pomili Demolizioni Speciali S.r.l.** Successivamente, in funzione della criticità dei prodotti e dei servizi approvvigionati, potrà esservi richiesto, anche mediante visite presso la Vostra sede, un riscontro più diretto e dettagliato, al fine di poterVi inserire, in caso di risultato positivo, nella "Lista dei Fornitori Qualificati" dell'Organizzazione. **Pomili Demolizioni Speciali S.r.l.** è impegnata a collaborare con Clienti, Fornitori e Partner commerciali affinché siano realizzati concretamente i principi definiti dalla Politica del Sistema di Gestione Integrata, disponibile sul sito [www.pomilids.it](http://www.pomilids.it). Poiché i fornitori di prodotti e servizi rivestono un ruolo fondamentale per il raggiungimento di tale obiettivo, è necessario che gli stessi prendano atto della Politica e che si impegnino a rispettarla e che si adeguino alle stesse logiche operative riassunte nella definizione di "Responsabilità Sociale d'Impresa" coinvolgendo, a loro volta, la catena di fornitura. L'informativa sul trattamento dei dati personali relativi alla trasmissione delle informazioni mediante il presente modulo è reperibile [qui](#), sul sito dell'Organizzazione. Il compilatore, prima di inviare il modulo compilato, è invitato a prendere visione dei contenuti della Policy Privacy adottata dalla Pomili Demolizioni Speciali Srl.

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE**

Le imprese individuali (senza collaboratori) sono esonerate dalla compilazione dei seguenti punti (4, 5, 6, 7, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31,32,33). Le società o le altre tipologie di imprese dovranno compilare ogni singolo campo.

**PARTE DA COMPILARE A CURA DEL FORNITORE**

| Data compilazione | Nome del compilatore | Ruolo del compilatore |
|-------------------|----------------------|-----------------------|
|                   |                      |                       |

| N° | PUNTO DI VERIFICA     | DESCRIZIONE                                        | NOTE                                                                                                                                                                                       |
|----|-----------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Ragione sociale       |                                                    | <b>Allegare DURC<br/>oppure<br/>DURF</b><br><br><i>La documentazione<br/>attestante la veridicità<br/>delle informazioni<br/>verrà richiesta dalla<br/>Pomili Demolizioni<br/>Speciali</i> |
| 2  | Indirizzo sede legale |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | Città                 |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | Provincia             |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | P. IVA                |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | C.F.                  |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | SDI                   |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | Indirizzo PEC         |                                                    |                                                                                                                                                                                            |
|    | Iscrizione CCIAA      | Allegare Visura (estratta entro 6 mesi dall'invio) |                                                                                                                                                                                            |

**QUESTIONARIO DI QUALIFICA DEL FORNITORE**

**MOD 840 D**

|     |                                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Posizione INAIL                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
|     | Posizione INPS                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 3   | Copertura RCT / RCO                                                                                           |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 4   | Iscrizione Albo<br>(es. Artigiani, Edili,<br>autotrasportatori,<br>trasporto,<br>smaltimento rifiuti<br>ecc.) | A seconda della propria tipologia allegare copia<br>dell'iscrizione o documentazione prevista dalla<br>normativa vigente | <b>Imprese Edili:</b><br>Allegare copie dei<br>versamenti alla Cassa<br>Edile<br><b>Ove Applicabile:</b><br>Allegare copie<br>autorizzazioni<br>ambientali, patente<br>ADR ecc...) |
| 3   | Telefono                                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
|     | E-mail di riferimento                                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
|     | Sito internet                                                                                                 |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 4   | Datore di Lavoro                                                                                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 4.1 | Referente<br>Commerciale                                                                                      |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 4.2 | Rappresentanze<br>Sindacali in azienda                                                                        |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
| 5   | Responsabile del<br>Servizio di<br>Prevenzione<br>Protezione (RSPP)                                           |                                                                                                                          | Allegare nomina                                                                                                                                                                    |
| 6   | Rappresentante dei<br>Lavoratori per la<br>Sicurezza (RLS)                                                    |                                                                                                                          | Allegare<br>comunicazione<br>all'INAIL                                                                                                                                             |
| 7   | Medico Competente                                                                                             |                                                                                                                          | Allegare nomina                                                                                                                                                                    |
| 8   | Tipologia di fornitura                                                                                        | Prodotti (specificare)                                                                                                   | <b>Prodotti:</b> allegare<br>eventuali<br>autorizzazioni cogenti<br>(es. centro di<br>lavorazione del<br>ferro/legno, ecc.)                                                        |
|     |                                                                                                               | 1                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
|     |                                                                                                               | 2                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
|     |                                                                                                               | 3                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
|     |                                                                                                               | 4                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |
|     |                                                                                                               | Servizi (specificare)                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |

**QUESTIONARIO DI QUALIFICA DEL FORNITORE**

**MOD 840 D**

|    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                  |
|----|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                 | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Servizi:</b> allegare Autocertificazione del Legale Rappresentante in ordine al possesso dei requisiti di idoneità tecnico-professionale previsti dall'allegato XVII del D.Lgs 81/08 e s.m.i. |
|    |                                                                 | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|    |                                                                 | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|    |                                                                 | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 9  | Ove presenti, indicare siti produttivi, di stoccaggio, depositi |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                  |
| 10 | Dichiarazioni di conformità di prodotto                         | <input type="checkbox"/> SI, unica dichiarazione / certificato di conformità, valido per tutte le forniture<br><input type="checkbox"/> SI, un certificato per ciascun prodotto<br><input type="checkbox"/> SI, schede di sicurezza delle sostanze e relativi aggiornamenti<br><input type="checkbox"/> NO, forniamo certificato di collaudo<br><input type="checkbox"/> NO, non disponibili<br><input type="checkbox"/> NON APPLICABILE (per Fornitori di Servizio) |                                                                                                                                                                                                  |
| 11 | Certificazioni aziendali                                        | <input type="checkbox"/> ISO 9001 – Qualità<br><input type="checkbox"/> ISO 14001 – Ambiente<br><input type="checkbox"/> ISO 45001 – Sicurezza sul lavoro<br><input type="checkbox"/> SA 8000 – Etica e responsabilità sociale<br><input type="checkbox"/> UNI PDR 125:2022 – Parità di genere<br><input type="checkbox"/> Altro _____                                                                                                                               | <b>Allegare copia/e dei certificati e Politica / Politiche</b>                                                                                                                                   |
| 12 | Modello Organizzativo di gestione e Controllo D.Lgs. 231/01     | <input type="checkbox"/> Adottato<br><input type="checkbox"/> Non adottato<br><input type="checkbox"/> Non applicabile                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Se adottato, indicare qui i recapiti dell'ODV</b>                                                                                                                                             |
| 13 | GDPR                                                            | <input type="checkbox"/> Nomina DPO<br><input type="checkbox"/> DPO non nominato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Se adottato, indicare qui i recapiti del DPO</b>                                                                                                                                              |
| 14 | Subappalti                                                      | <input type="checkbox"/> L'impresa si avvale di subappaltatori<br><input type="checkbox"/> L'impresa NON si avvale di subappaltatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  |
| 15 | Atto d'impegno                                                  | <input type="checkbox"/> Disponibilità a visite c/o Vs. sede                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Allegare atto d'impegno compilato</b>                                                                                                                                                         |
| 16 | Analisi di materialità                                          | <input type="checkbox"/> Sondaggio compilato in data _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                  |

**QUESTIONARIO DI QUALIFICA DEL FORNITORE**

**MOD 840 D**

**NOTE E GIUSTIFICAZIONI A CURA DEL FORNITORE**

**DICHIARAZIONE DEL FORNITORE**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ dell'Organizzazione

dichiara di aver fornito informazioni veritiere nel MOD 840 D Questionario del Fornitore ed essere al corrente del fatto che la Pomili Demolizioni Speciali Srl potrebbe, ad insindacabile giudizio, chiedere integrazioni e informazioni documentate in merito alle dichiarazioni fornite.

In fede,

-----