|  |
| --- |
| **LOGO ed INTESTAZIONE DEL RICHIEDENTE** |
| A | **MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E TRASPORTI** |
| **COMANDO GENERALE DEL CORPO DELLE CAPITANERIE DI PORTO** |
| **Reparto VI – Sicurezza della Navigazione** |
| **2° Ufficio – 2a Sezione** |
| **Viale dell’Arte n. 16** |
| **00144 ROMA** |
| cgcp@pec.mit.gov.it**MINISTERO DELL’AMBIENTE****DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE** **Direzione generale per la protezione** **della natura e del mare (PNM)** dgprotezione.natura@pec.minambiente.it PNM-III@pec.minambiente.it **Direzione generale** **per i rifiuti e l'inquinamento (RIN)** DGRIN@pec.minambiente.it **MINISTERO DELL’INTERNO** **Dipartimento dei vigili del fuoco,** **del soccorso pubblico e della difesa civile** **Direzione centrale per la prevenzione** **e la sicurezza tecnica** **Ufficio per la regolamentazione comunitaria** prev.autorizzazioni@cert.vigilfuoco.it **MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO** **Direzione generale per la Pianificazione e la Gestione****dello Spettro radioelettrico** **Divisione I - Controllo emissioni radioelettriche,****sorveglianza sul mercato degli apparati.** **Affari generali** dgpgsr.dg@pec.mise.gov.it |
| Prot. n. | in data |

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | Richiesta di ***rilascio\*/rinnovo\*/convalida\*/verifica occasionale\*/estensione\**** dell’autorizzazione ad operare quale Organismo di valutazione della conformità/notificato degli equipaggiamenti marittimi al (cfr. D.P.R. 20 DICEMBRE, N. 239 di recepimento della Direttiva 2014/90/UE). |
| \**cancellare come appropriato* |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **IDENTIFICAZIONE ORGANISMO** |
| **Organismo di valutazione** | **Acronimo e ragione sociale** *(così come riportato sulla visura camerale o altro documento attestante l’identità giuridica).* |
| **Stato giuridico dell’Organismo** | *Allegare Visura camerale valida (6 mesi) al documento MED\_ON\_APP\_FORM\_ALL\_1.*  |
| **Azionariato dell’Organismo** | *Indicare i nomi delle persone fisiche/giuridiche e le loro eventuali quote partecipative.*  |
| **Indirizzo sede legale Direzionale** | *Via*  |
| *CAP* | *Città* | *Prov.* |
| *Email* | *Sito Web* |
| *Tel* | *Fax* | *PEC* |
| **Indirizzo sede operativa \****Laboratorio e/o sede secondaria/periferica**(se differente dalla precedente)* | *Tipologia sede:* |
| *Via* |
| *CAP* | *Città* | *Prov.* |
| *Email*  | *Sito Web* |
| *Tel*  | *Fax*  | *PEC* |
| **Indirizzo sede operativa \****Laboratorio e/o sede secondaria/periferica**(se differente dalla precedente)* | *Tipologia sede:*  |
| *Via*  |
| *CAP* | *Città* | *Prov.* |
| *Email*  | *Sito Web* |
| *Tel*  | *Fax*  | *PEC* |
| **L’Organismo di valutazione è parte di un gruppo?** | *In caso affermativo inserire le seguenti informazioni sul Gruppo:*  |
| *Denominazione* |
| *Via*  |
| *CAP* | *Città* | *Prov.* |
| *Email*  | *Sito Web* |
| *Tel*  | *Fax*  | *PEC* |
| \*i dettagli degli uffici periferici (che sono coinvolti in tutto o in parte nel campo di designazione) possono essere inseriti in un documento a parte allegato al presente *form.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **ORGANIZZAZIONE** |
| **Legale Rappresentante** | *Nome, titolo di studio, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail)*  |
| **Responsabile dell’Organismo** | *Nome, titolo di studio, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail)*  |
| **Responsabile del Sistema di gestione** | *Nome, titolo di studio, funzione e riferimenti (tel., fax, e-mail)*  |
| **Personale amministrativo, tecnico e di assicurazione della qualità dell’organismo** | *Numero totale (di tutte le sedi dei dipendenti coinvolto nelle attività di valutazione per lo scopo MED ed in particolare per:* |
| * Valutazione della documentazione tecnica acquisita per il rilascio del modulo B;
 |  |
| * Effettuazione di prove, esami ed ispezioni sul prodotto;
 |  |
| * Effettuazione audit / ispezioni per garanzia sul prodotto e sulla produzione;
 |  |
| * Assicurazione qualità;
 |  |
| * Altro (specificare)
 |  |
| Dipendenti |  | Laureati |  | Diplomati |  | Altri |  |
| Altre forme di contratto |  | Laureati |  | Diplomati |  | Altri |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **RICONOSCIMENTI GIA’ IN POSSESSO*****(Indicare l’Organismo Nazionale o Estero, Ente Pubblico o privato, che ha rilasciato l’attestato)*** |
| Elencare gli accreditamenti, designazioni, autorizzazioni o riconoscimenti (sono escluse le notifiche UE per le direttive di settore visibili sul sistema NANDO). |
| Gli accreditamenti ricevuti quale laboratorio di prova ai sensi della UNI/EN/ISO 17025 dovranno essere indicati solo se relativi a norme di prova richiamate dalla Direttiva MED per la certificazione di equipaggiamenti marittimi. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **TIPO DI RICHIESTA *(Indicare con “X” il tipo di Audit richiesto e compilare i campi della corrispondente riga)*** |
| **Audit Iniziale** | **Audit Periodico/Occasionale** | **Audit Rinnovo** | **Audit di Estensione** |
|  |  |  |  |
| **5** | **DOCUMENTAZIONE DA TRASMETTERE IN UNO ALLA PRESENTE DOMANDA** | Vedi MED\_ON\_APP\_FORM\_ALL\_1 |
| La documentazione indicata all’interno del documento MED\_ON\_APP\_FORM\_ALL\_1 può essere trasmessa anche in formato elettronico via mail/PEC |
|  |
| **5.1** | **Indicare i dettagli relativi all’estensione dell’autorizzazione *(item / sedi ecc…)*** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6** | **CATEGORIE EQUIPAGGIAMENTI E PROCEDURE DI VALUTAZIONE PER CUI SI RICHIEDE LA DESIGNAZIONE** |
| **Categoria iTEM** | **Item** | **Moduli B / D / E / F / G** | **Rif. Direttiva MED** |
| Life Saving Appliances (MED/1) |  |  |  |
| Marine Pollution Prevention (MED/2) |  |  |  |
| Fire Protection (MED/3) |  |  |  |
| Navigation Equipment (MED/4) |  |  |  |
| Radio Communication Equipment (MED/5) |  |  |  |
| COLREG ’72 Equipment (MED/6) |  |  |  |
| Bulk Carrier Safety Equipment (MED/7) |  |  |  |
| SOLAS Chapter II-1 Equipment (MED/8) |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **AREE GEOGRAFICHE IN CUI OPERA L’ORGANISMO E FILIALI OPERATIVE ALL’ESTERO** |
|  | Area geografica (ITALIA/ESTERO: nel caso di area estera indicare la nazione) | Ragione sociale della filiale estera(indicare lo status societario) | Attività prevalente (in termini di tipo di prodotti certificati) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **DICHIARAZIONI**  |
| **Regolamento (UE) 679/2016** | Sono consapevole che i dati personali e sensibili conferiti, unitamente alle loro eventuali variazioni comunicate in futuro, saranno trattati per le finalità di seguito indicate:1) attività amministrativa tesa al rilascio del Decreto di autorizzazione ad effettuare le attività di valutazione della conformità degli equipaggiamenti marittimi di cui al D.P.R. 239/2017;2) notifica ai servizi Commissione europea e pubblicazione sul sito degli Organismi notificati europei (NANDO);3) comunicazioni interne consistenti nell’invio via mail, posta o contatti telefonici per i fini amministrativi sopra specificati.Sono altresì consapevole che - tenuto conto delle finalità del trattamento dei succitati dati secondo quanto previsto dall’articolo 6, comma 1, lettera b) del Regolamento (UE) 679/2016 – il consenso al trattamento dei dati per gli scopi di cui sopra è implicito ed obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere come conseguenza l’impossibilità a svolgere l’attività amministrativa sopra indicata. |
| **Dichiarazione ex D.P.R. 445/2000** | Dichiaro di essere consapevole che, ai sensi degli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni sulle informazioni di cui all’articolo 46 del D.P.R. 445/2000 – accertate dall’Amministrazione procedente – verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera. |
| **Presa visione ed accettazione delle procedure di autorizzazione e di controllo degli organismi di valutazione della conformità.** | Dichiaro di essere in possesso e di aver preso visione nonché di accettare i contenuti del documento MED\_ON\_PR recante “Procedure di autorizzazione degli organismi di valutazione della conformità e di controllo degli organismi notificati ai sensi del D.P.R. 20 dicembre 2017, n. 239, recante attuazione della direttiva 2014/90/UE sull’equipaggiamento marittimo”. |

Luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Timbro dell’Organismo |
| Nominativo del Responsabile legale dell’Organismo |
| Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Allegati al presente documento:**

1. MED\_ON\_FORM\_APP\_ALL\_1 (documentazione a corredo della domanda).
2. Elenco Apparecchiature.
3. MED\_ON\_PR.