|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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](mailto: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](mailto: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.