

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FORNITORE

Codice documento: MD QVF
Rev. 0



COOPERATIVA SOCIALE

Parte I - INFORMAZIONI GENERALI

DATI IDENTIFICATIVI AZIENDALI		
Ragione Sociale / Denominazione _____		
Indirizzo _____		
Partita IVA _____		
Telefono _____	Fax _____	E-mail _____
Rappresentante Legale _____		
Prodotti/Servizi forniti _____		

ORGANICO AZIENDALE		
Numero totale di dipendenti		
Composizione dell'organico aziendale per sesso	Numero Uomini	Numero Donne
Composizione dell'organico aziendale per nazionalità	Numero di Italiani	Numero di Stranieri
Numero di dipendenti disabili		

SISTEMA DI GESTIONE DELLA RESPONSABILITÀ SOCIALE	
La vostra azienda ha un sistema di gestione per la responsabilità sociale certificato secondo lo standard SA 8000:2008 ?	
<input type="checkbox"/> SI	
Data di certificazione: _____	di _____
	Numero del certificato _____
Ente di certificazione _____	
Allegare copia del certificato e della Politica di Responsabilità Sociale.	
<input type="checkbox"/> No	È in corso l'iter di certificazione del nostro sistema di gestione secondo lo standard SA 8000:2008
<input type="checkbox"/> No	L'azienda, al momento, non è intenzionata ad implementare e certificare un sistema di gestione conforme allo standard SA 8000:2008

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FORNITORE

Codice documento: MD QVF
Rev. 0

Nota: la seconda parte del presente questionario deve essere compilata solo se l'azienda non dispone al momento di un Sistema di Gestione per la Responsabilità Sociale certificato secondo lo standard SA 8000:2008.

Importante: Per facilitare l'iter di qualifica, vi segnaliamo l'opportunità di utilizzare l'Osservatorio sulla Responsabilità Sociale delle Organizzazioni (denominato S.A.W., Social Accountability Watch) messo a punto dall'Organismo di certificazione CISE (fondatore del Network Lavoro Etico).
L'inserimento nel S.A.W. è gratuito e non è richiesta alcuna certificazione.
Potete trovare tutte le informazioni che vi occorrono sul sito www.sawnet.info.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FORNITORE

Codice documento: MD QVF
Rev. 0

Parte II - DOMANDE DI VALUTAZIONE

A) Lavoro Minorile	SI	N O	Note
Ci sono dei lavoratori presso la Vostra azienda di età inferiore ai 15 anni?			
Ci sono dei lavoratori presso la Vostra azienda di età inferiore ai 18 anni?			
B) Lavoro Forzato e Obbligato	SI	N O	Note
Ai lavoratori viene richiesto di lasciare somme in danaro o documenti durante la loro attività lavorativa presso l'azienda?			
C) Salute e Sicurezza	SI	N O	Note
Avete effettuato la valutazione dei rischi (art. 17 del D.Lgs 81/08)?			
Avete nominato un Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza - RLS?			
Avete fornito al personale adeguata e documentata formazione in materia di salute e sicurezza?			
Ai lavoratori vengono forniti idonei mezzi di protezione? (es. maschere, guanti, scarpe, antinfortunistiche).			
Quanti infortuni avete avuto nell'ultimo triennio?			
D) Libertà di associazione e diritto alla contrattazione collettiva	SI	N O	Note
Rispettate il diritto di tutto il personale di formare ed aderire ai sindacati di loro scelta?			
E) Discriminazione	SI	N O	Note
Esistono discriminazioni razziali, sessuali, politiche, religiose nei confronti dei dipendenti?			
F) Pratiche disciplinari	SI	N O	Note
Nel caso in cui un lavoratore si comporti in modo non conforme al regolamento aziendale, vengono intraprese azioni disciplinari?			Se SI indicare quali
G) Orario di lavoro	SI	N O	Note
L'orario di lavoro è conforme alle Leggi vigenti, non supera le 48 ore settimanali con un giorno di riposo settimanale?			
Garantite che il lavoro straordinario non ecceda le dodici ore settimanali per lavoratori?			
Il lavoro straordinario viene sempre retribuito con tariffa superiore a quella regolare?			
I lavoratori scelgono volontariamente di eseguire lavoro straordinario?			
H) Retribuzione	SI	N O	Note
Il salario pagato per il lavoro standard settimanale risponde ai minimi retributivi legali del settore di appartenenza?			
Garantite che la composizione dei salari e delle indennità è sempre indicata con chiarezza in busta paga?			

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FORNITORE

Codice documento: MD QVF
Rev. 0

<p>Data di compilazione / /</p> <p>Firma del compilatore</p>	<p>TIMBRO DELL'AZIENDA</p>
--	----------------------------