REGOLAMENTO CERTIFICAZIONE

SISTEMI DI GESTIONE ANTI-CORRUZIONE

Indice Ed.	Rev	Data Revisione	Causa della modifica al documento	Redazione	Verifica	Autorizzazione Emissione
C	00	30/07/2025	Prima Emissione	RGQ	DG	AU
C	01	14/11/2025*	Transizione ISO 37001:25	RGQ	DG	AU

**Entrata in vigore 31/03/2026*

SOMMARIO

0. PREMESSA 3
1. INDIRIZZI POLITICI 3
2. ACCREDITAMENTO 3
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE 3
4. DEFINIZIONI 3
5. PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE 4
5.1 CONDIZIONI GENERALI 4
5.2 OFFERTA PER LA CERTIFICAZIONE 4
5.3 AVVIO ITER DI CERTIFICAZIONE 5
5.4 COMUNICAZIONE DELLE ATTIVITÀ 5
5.5 PRE-AUDIT (FACOLTATIVO) 5
5.6 PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT 5
5.7 AUDIT E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO 6
5.8 AUDIT FASE 1 E FASE 2 6
5.9 AUDIT SUPPLEMENTARI 7
5.10 AUDIT CON BREVE PREAVVISO O SENZA PREAVVISO 8
5.11 AZIONI CONSECUTIVE ALL'AUDIT DI CERTIFICAZIONE 8
5.12 FACOLTÀ DI UTILIZZO DI RISORSE ESTERNE 9
6. PROCEDURA DI MANTENIMENTO/SORVEGLIANZA 9
7. ESTENSIONE/RIDUZIONE DELLA CERTIFICAZIONE 9
8. PROCEDURA DI RINNOVO 10
9. TRASFERIMENTO DI CERTIFICAZIONE DA ALTRO ENTE 11
10. SOSPENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE 12
11. REVOCA DELLA CERTIFICAZIONE 13
12. RINUNCIA ALLA CERTIFICAZIONE 13
13. RECLAMI, RICORSI E CONTENZIOSI 14
14. USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO 14
STRALCIO REGOLAMENTO ACCREDIA PER L'UTILIZZO DEL LOGO (ODC = ENTE) 15
15. INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 E DELL'ART. 14 DEL REG. UE 2016/679 15
16. DIRITTI E DOVERI DELL'ENTE 16
16.1 MODIFICHE AL REGOLAMENTO 16
16.2 CAUSA DI FORZA MAGGIORE 16
17. DIRITTI E DOVERI DELL'ORGANIZZAZIONE 16
17.1 MODIFICHE AL SISTEMA DI GESTIONE DELL'ORGANIZZAZIONE 17
17.2 OSSERVATORI ED ISPETTORI DEGLI ENTI DI ACCREDITAMENTO 17
17.3 OBBLIGO DI INFORMAZIONE SUI PROCEDIMENTI LEGALI 17
18. NOTE CONCLUSIVE 18

0. PREMESSA

L'Organismo di Certificazione **DIMITTO ITALIA Srl S.B.** nel seguente documento verrà denominato **Ente** e l'Organizzazione cliente verrà denominata **Organizzazione**.

Il presente Regolamento è parte integrante dell'offerta economica inviata all'**Organizzazione** che fa richiesta dei servizi di certificazione. Tramite la firma di accettazione dell'offerta, l'**Organizzazione** dichiara di aver visionato il presente regolamento e di accettare le regole in esso contenute. Le norme si intendono nell'edizione vigente. In caso di periodi di transizione derivanti dall'aggiornamento delle norme stesse, potranno essere emessi dall'**Ente** documenti integrativi che disciplineranno il periodo di transizione. Tali documenti non sostituiscono ma integrano il presente regolamento

1. INDIRIZZI POLITICI

L'**Ente** è un Organismo che opera secondo i criteri generali definiti dalla Norma ISO 17021-1 e che, quale Organismo indipendente, provvede a fornire alle aziende richiedenti, servizi di valutazione e di certificazione di conformità dei propri Sistemi di Gestione alle prescrizioni delle Norme di riferimento. L'**Ente** si rivolge a tutti i soggetti presenti sul mercato, senza preconcetti discriminatori, al fine di non precludere o limitare l'accesso alla certificazione a chiunque lo richieda, indipendentemente dalle dimensioni e dall'appartenenza a qualsiasi gruppo o associazione. L'**Ente** non effettua alcun servizio di consulenza finalizzato a implementare sistemi di gestione.

2. ACCREDITAMENTO

L'**Ente** è accreditato Accredia.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Nel presente regolamento vengono definite le attività di certificazione per l'anti-corruzione secondo la norma ISO 37001.
Le norme applicabili, qui di seguito elencate, sono da intendersi nella loro ultima versione vigente:

- ✓ UNI CEI EN ISO/IEC 17021: "Requisiti per gli organismi che forniscono audit e certificazione di sistemi di gestione"
- ✓ ISO/IEC TS 17021-9: "Conformity assessment Requirements for bodies providing of management systems Part 9: competence requirements for auditing and certification of anti-bribery management systems"
- ✓ UNI ISO 37001 "Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione – Requisiti e guida all'utilizzo"
- ✓ Circolare Tecnica N° 28/2017 - Dipartimento Certificazione e Ispezione Informativa in merito all'accreditamento per lo schema di certificazione ISO 37001 Prevenzione della corruzione
- ✓ IAF MD 05 Determination of audit time of quality and environmental management systems
- ✓ IAF MD 30:2025 Transition requirements for ISO 37001:2025
- ✓ RG 01 Accredia Regolamento per l'accreditamento degli Organismi di Certificazione e Ispezione - Parte Generale;
- ✓ RG 09 Accredia Regolamento per l'utilizzo del Marchio Accredia.

4. DEFINIZIONI

Ente di Accreditamento: Designato da uno Stato membro dell'Unione europea è l'unico organismo che in uno Stato membro è autorizzato da tale Stato a svolgere attività di accreditamento

Audit: processo sistematico di valutazione, indipendente e documentato, sorretto da criteri di obiettività e correttezza;

OdC: Organismo di certificazione indipendente

GVI: Gruppo di verifica ispettiva

Certificazione: Attestazione rilasciata dall'**Ente** alle Società che certifica la conformità alle norme UNI CEI applicabili

ISO: Organismo Internazionale per la Normazione. Organismo che sviluppa gli standard a livello mondiale

IEC: Commissione Elettronica Internazionale. Organismo che sviluppa gli standard a livello internazionale in materia di elettricità, elettronica e tecnologie correlate

CEN: Commissione Europea di Normazione. Organismo che sviluppa gli standard a livello europeo e/o recepisce gli standard ISO

GENELEC: Comitato Europeo per la Normazione elettronica. Organismo che sviluppa gli standard a livello europeo e/o reperisce gli standard IEC

UNI: Ente Nazionale Italiano di Unificazione. Organismo che sviluppa gli standard a livello nazionale e/o recepisce gli standard CEN-ISO

CEI: Comitato Elettrotecnico Italiano. Organismo che sviluppa gli standard a livello nazionale e/o reperisce gli standard CENELC-IEC

Non Conformità Maggiore: Violazione sistematica o episodica di un requisito normativo di riferimento ovvero nel caso di sistematica violazione di un requisito imposto da procedure documentate o istruzioni predisposte dalla norma di riferimento

Non Conformità Minore: Violazione episodica di un requisito stabilito da procedure documentate o istruzioni predisposte dalla norma

Commento: Spunto di miglioramento segnalato per sensibilizzare la gestione di un aspetto debole o potenzialmente carente nei processi che concorrono a realizzazione e controllo delle attività oggetto di certificazione

Azione correttiva: Azione/i posta/e in essere per eliminare la causa che ha generato la presenza di Non Conformità o Osservazioni

5. PROCEDURA DI CERTIFICAZIONE

5.1 Condizioni generali

Possono accedere alla certificazione tutte le Società che ne facciano richiesta, presentando all'**Ente** formale "Richiesta di quotazione", e che si impegnino a rispettare quanto previsto dal contratto con l'**Organizzazione** e dal presente Regolamento. L'**Organizzazione** interessata alla certificazione può richiedere un'offerta inviando il modulo "Richiesta di quotazione", disponibile sul sito web www.dimitto.com, compilato in ogni sua parte (tale modulo è compilato dalla stessa **Organizzazione** che si assume la responsabilità dei dati in esso riportati), unitamente ai documenti eventualmente richiesti. Ove previsto dalla legislazione vigente in materia, le informazioni fornite dovranno essere rese in conformità a quanto previsto dal D.P.R 445/2000.

5.2 Offerta per la Certificazione

L'**Ente**, in base ai dati contenuti nella "Richiesta di quotazione", valuta la propria capacità di svolgere la commessa e predispone l'offerta economica secondo quanto previsto dal tariffario vigente (il tariffario dell'Ente è reso disponibile su

richiesta). L'Ente, prima di inviare l'offerta all'Organizzazione, provvede alla istruttoria tecnica attraverso il "riesame dell'offerta", ad esito positivo si invia l'offerta. Si precisa che non è possibile escludere dal sistema di gestione siti o processi che operino nella stessa nazione: la certificazione viene rilasciata ad un soggetto giuridico nella sua interezza, per tutti i suoi dipartimenti/filiali, processi e attività svolte. È possibile limitare l'applicazione a specifiche nazioni, ad esempio se un'Organizzazione ha delle sedi sia in Italia che all'estero, deve applicare la certificazione a tutti le sedi italiane, ma può escludere le sedi estere. In questo caso potrebbe essere necessaria la valutazione di aspetti propri della casa madre, se situata all'estero, sebbene non ricompresa nello scopo del certificato

5.3 Avvio iter di certificazione

L'Organizzazione che intende accettare l'offerta di certificazione la invia all'Ente timbrata e firmata dal suo Legale Rappresentante, questo testimonia la chiara volontà a procedere con la pratica di certificazione accettando quanto stabilito nei termini, nelle condizioni generali di contratto e nel presente regolamento. Al ricevimento dell'accettazione, l'Ente esegue un riesame del contratto ed invia all'Organizzazione una conferma d'ordine che da inizio all'iter di certificazione.

5.4 Comunicazione delle attività

Per ogni audit, la data e i nominativi dei componenti del Team di Audit vengono comunicati per iscritto. L'Organizzazione ha facoltà di presentare ricorso (scritto e motivato) circa la designazione dei componenti del Team di Audit. In assenza di notifica di esigenze di variazioni nei 5 giorni successivi al ricevimento della comunicazione, le date e gli auditor comunicati si ritengono tacitamente confermati. Nel caso in cui l'Organizzazione comunichi l'indisponibilità a ricevere l'audit oltre i termini sopra definiti, l'Ente si riserva il diritto di fatturare comunque il costo delle attività già svolte come da contratto in essere.

5.5 Pre-Audit (facoltativo)

L'Organizzazione può richiedere all'Ente l'effettuazione di un pre-audit per la valutazione dello stato di conformità alla norma di riferimento del proprio sistema di gestione. Tale verifica è documentata ma non ha effetti sul successivo processo di valutazione della conformità per il rilascio della certificazione.

Il rapporto rilasciato in copia all'Organizzazione viene conservato nel relativo dossier, ma non influisce sulla durata dell'audit di certificazione e i rilievi emersi durante il pre-audit non vengono verificati durante l'audit di certificazione. Il costo del pre-audit viene concordato fra l'Ente e l'Organizzazione e fatturato a parte.

Per non incorrere nel rischio di prestare attività di consulenza, l'Ente esegue, su richiesta un solo pre-audit presso l'Organizzazione la cui durata non può essere superiore ai 2 (due) giorni/audit per ogni schema richiesto.

5.6 Pianificazione dell'Audit

L'Ente invia formale comunicazione all'Organizzazione con i nominativi del Gruppo di audit.

Il Lead Auditor incaricato concorda con l'Organizzazione le date per l'audit e successivamente invia il piano di Audit, tenendo conto dei turni di lavoro effettuati. Per la pianificazione di Fase 1, di norma, il piano di audit è sostituito dalle informazioni inviate in occasione della conferma d'ordine.

La Direzione dell'Organizzazione ha l'obbligo di essere presente durante la riunione finale di ogni audit (fase 1, fase 2, sorveglianze ecc…).

5.7 Audit e sicurezza sui luoghi di lavoro

L'**Organizzazione** si impegna a fornire all'**Ente** un'informativa completa e dettagliata relativa ai rischi specifici esistenti nell'ambiente di lavoro in cui sono destinati ad operare gli auditor. L'**Organizzazione** si impegna altresì a promuovere, attraverso il proprio incaricato, la cooperazione e il coordinamento ai fini dell'attuazione delle misure e degli interventi di protezione e prevenzione dai rischi sul lavoro che incidono sull'attività lavorativa dei valutatori incaricati dall'**Ente**, e che richiedono la tutela sia dei lavoratori che di tutti gli altri soggetti che operano o che comunque sono presenti nel medesimo ambiente di lavoro.

5.8 Audit Fase 1 e Fase 2

L'audit di certificazione si compone di una Fase1 e di una Fase 2. L'audit di Fase 1 ha lo scopo di:

- Riesaminare le informazioni documentate del sistema di gestione anticorruzione
- Valutare le condizioni specifiche del sito circa i requisiti della norma, con particolare riferimento all'identificazione di prestazioni chiave o di aspetti, processi, obiettivi e funzionamento significativi del sistema di gestione
- Raccogliere le informazioni necessarie riguardanti il campo di applicazione del sistema di gestione, compresi: Il/i sito/i, i processi e le apparecchiature utilizzati, i livelli dei controlli stabiliti (in particolare nel caso di multi-sito) e i requisiti cogenti applicabili
- Riesaminare l'assegnazione di risorse per la fase 2 e concordare i dettagli della fase stessa
- Mettere a fuoco la pianificazione della fase 2, acquisendo una sufficiente conoscenza del sistema di gestione e delle attività svolte, nell'ottica di requisiti richiesta dalla UNI EN ISO 37001 o di altri documenti normativi
- Valutare audit interni e riesami di direzione
- Valutare che il livello di attuazione del sistema di gestione fornisca l'evidenza che la vostra organizzazione sia pronta per la fase 2.

Il tempo massimo che può intercorrere tra Fase 1 e Fase 2 è di sei mesi, superato tale limite, dovrà essere ripetuto l'Audit di Fase 1. Le risultanze eventualmente riscontrate sono denominate Carenze (CA), saranno indicate quelle che, se non gestite e risolte potrebbero diventare Non Conformità Maggiori in Fase 2 non rendendo possibile la proposta di certificazione da parte del Gruppo di Audit. Nel caso di carenze relative all'applicazione di requisiti legislativi, non connessi neppure indirettamente con il campo di applicazione della certificazione, il Gruppo di Audit ne prenderà evidenza tramite registrazione nell'apposita sezione del rapporto di Audit.

Solo dopo aver completato la Fase 1, e in base alle conclusioni emerse, sarà possibile eseguire la Fase 2.

L'**Organizzazione** si impegna a rendere disponibili le risorse necessarie a garantire la regolare conduzione dell'Audit.

La Fase 2 viene svolta presso l'**Organizzazione** al fine di verificare la corretta applicazione del Sistema di Gestione. L'obiettivo della Fase 2 è:

a) verificare la corretta gestione di eventuali Carenze rilevate nella Fase 1;
b) confermare che l'**Organizzazione** attui le proprie politiche, obiettivi e procedure;
c) confermare che il Sistema di Gestione sia conforme a tutti i requisiti dello standard di riferimento e stia raggiungendo gli obiettivi di politica dell'**Organizzazione**.

In Fase 2 i rilievi eventualmente riscontrati sono classificati in Non Conformità Maggiori (NC) e Non Conformità Minori

(NCmin).

Un rilievo si definisce "Non Conformità Maggiore" a fronte di:

1) assenza e/o mancato rispetto di un requisito espresso da:
    a. Norma di riferimento
    b. Requisito cogente di prodotto/processo
    c. Presente regolamento
    d. Regolamenti dell'**Organismo** di Accreditamento
    e. Elementi che possano invalidare l'efficacia e/o il funzionamento del Sistema di Gestione stesso
2) più Non Conformità Minori (NCmin) relative ad uno stesso requisito della Norma;
3) una Non Conformità Minore (NCmin) che permanga nel tempo con le stesse caratteristiche.

Un rilievo si definisce "Non Conformità Minore" (NCmin) quando un requisito espresso dalla norma di riferimento e/o dei regolamenti dell'Ente applicabili e/o dei regolamenti dell'Organismo di Accreditamento, venga parzialmente applicato/rispettato senza però invalidare l'efficacia e/o funzionamento del Sistema di gestione stesso.

Un commento non è un rilievo, si definisce "Commento" (C) un'opportunità di spunti di miglioramento nella documentazione e/o attuazione del Sistema di Gestione dell'**Organizzazione**, fatta salva la conformità ed efficacia del medesimo.

L'**Organizzazione** è tenuta a comunicare formalmente, entro 15 giorni dalla data dell'audit, le proposte di Azioni Correttive per i rilievi emersi, le cause che le hanno generate ed i relativi tempi di attuazione, su propria modulistica o sul modulo Dimitto scaricabile dal sito internet. Le proposte di azione correttive saranno soggette a verifica ed approvazione da parte del Lead Auditor. La chiusura delle azioni correttive, in caso di Non Conformità Maggiore, dovrà avvenire entro sei mesi dalla Fase 2, pena la decadenza della validità dell'audit di Fase 2.

Le azioni correttive si intendono accettate, da parte dell'**Ente**, qualora l'**Organizzazione** non riceva comunicazione contraria entro trenta giorni dalla loro trasmissione.

In caso di Non Conformità Maggiore, è necessario prevedere un audit supplementare (§ 5.9) che potrà essere documentale o sul campo. La verifica dell'efficacia delle azioni a seguire per la gestione di Non Conformità Minori, di norma, sono valutate in occasione dell'audit successivo.

Tutti i rilievi emersi durante l'audit e contenuti nel Rapporto saranno confermati dall'**Ente** che, in seguito a verifica, potrebbe richiedere integrazioni entro 30 giorni. Trascorso tale termine, le conclusioni contenute nel Rapporto si intendono automaticamente approvate. Nel momento in cui la pratica è completa viene inviata al Comitato di Delibera per la decisione sull'emissione del certificato.

In caso alcuni documenti siano coperti da segreto o particolarmente riservati da non poter essere resi disponibili agli auditor nel corso delle verifiche, l'organizzazione lo comunica all'Ente che valuterà se è possibile completare l'iter certificativo anche senza accesso a tale documentazione. Il campo di applicazione del sistema di gestione riporterà solo i processi che sono stati soggetti a verifica.

5.9 Audit Supplementari

L'**Ente** ha facoltà di pianificare un audit supplementare in seguito a:

- chiusura di rilievi riscontrati durante un audit;

- segnalazioni/reclami ricevuti dall'**Ente** sull'**Organizzazione**;
- cambiamenti organizzativi/societari, che prevedano modifiche sostanziali;
- richieste di estensione/riduzione campo di applicazione;
- procedimenti di riattivazione della certificazione a seguito di sospensione;
- indagini conseguenti a inadempienze di conformità legislativa.

I costi addizionali degli audit supplementari sono a carico dell'**Organizzazione** e valutati in base a quanto riportato nell'offerta sottoscritta dall'**Organizzazione**.

Inoltre, potrebbe essere necessario eseguire audit supplementari per la gestione di rilievi riscontrati da Accredia in occasione delle verifiche periodiche presso l'Ente. In questi casi l'Organizzazione deve rendersi disponibile allo svolgimento di tale attività entro i 90gg successivi alla comunicazione da parte dell'Ente. I costi relativi a questa tipologia di audit saranno a carico dell'Ente.

5.10 Audit con breve preavviso o senza preavviso

Potrebbe essere necessario che L'**Ente** conduca audit con breve preavviso o senza preavviso su **Organizzazioni** certificate al fine di indagare su reclami, in risposta a sostanziali modifiche, come azione conseguente a sospensione della certificazione oppure per indagare in caso di incidente grave.

Allo stesso modo Accredia può condurre audit senza preavviso sia presso l'**Ente** che presso le **Organizzazioni** certificate.

A seguito dell'identificazione di situazione critiche (segnalazioni/reclami oggettivamente motivati), Accredia può disporre nei confronti dell'**Ente** e dei suoi clienti certificati, attività di Market Surveillance Visit.

I costi addizionali degli audit supplementari sono a carico dell'**Organizzazione** e valutati in base a quanto riportato nell'offerta sottoscritta dalla stessa. Nel caso in cui l'audit sia svolto a fronte di reclamo da parte del mercato, i costi saranno a carico dell'Organizzazione solo se, a conclusione, dovessero emergere situazioni non conformi.

5.11 Azioni consecutive all'audit di Certificazione

In base alle risultanze emerse nel corso dell'audit, l'**Ente** verifica l'intero dossier e decide sull'inoltro della pratica al Comitato di Delibera che valuterà circa il rilascio della certificazione.

Il Comitato di Delibera ha facoltà di:

- Deliberare la certificazione approvando l'emissione del certificato;
- Deliberare la certificazione indicando modifiche e/o limitazioni;
- Richiedere indagini supplementari prima di deliberare;
- Non deliberare la certificazione, ritenendo il livello di implementazione del sistema non adeguato al rilascio.

Il Comitato di Delibera può ritenere necessario un audit supplementare presso l'**Organizzazione**, nel caso in cui le evidenze oggettive raccolte non supportino pienamente il giudizio di conformità. In tal caso, qualsiasi attività supplementare di audit deve essere formalmente comunicata, concordata e pianificata con l'**Organizzazione**.

L'esito del Rapporto di Fase 2, comunicato all'**Organizzazione** durante la riunione finale, potrebbe essere confermato e/o modificato in funzione delle risultanze dell'audit supplementare effettuato da Lead Auditor diverso da quello incaricato per i primi audit. Tali tipologie di audit sono a totale carico dell'**Ente**.

A seguito dell'approvazione del Comitato di Delibera, viene emesso il "Certificato di conformità". Dopo le opportune verifiche amministrative che attestino l'avvenuto pagamento delle fatture da parte dell'**Organizzazione**, si procede con la spedizione del Certificato in originale

5.12 Facoltà di utilizzo di risorse esterne

Per lo svolgimento delle attività oggetto del contratto, l'**Ente** potrà avvalersi tanto di personale dipendente, quanto di soggetti esterni che operano per suo conto, purché debitamente qualificati e contrattualizzati. Tali soggetti sono tenuti al rispetto di tutti i doveri gravanti sull'**Ente** inclusi quelli in materia di indipendenza e riservatezza.

6. PROCEDURA DI MANTENIMENTO/SORVEGLIANZA

L'**Ente** attua procedure per il mantenimento/sorveglianza dei certificati rilasciati conformi alla norma e alle linee guida al fine di verificare la permanenza della conformità ai requisiti richiesti.

Tale controllo è espletato mediante audit di sorveglianza effettuati con cadenza annuale. È opportuno precisare che la cadenza degli audit di sorveglianza è decisa dal Comitato di Delibera al momento dell'esame degli esiti dell'audit di certificazione (anche su proposta del Lead Auditor), pertanto esse possono avere scadenza anticipata. In ogni caso deve essere effettuato almeno un audit ogni anno solare, tranne casi eccezionali motivati con apposita autorizzazione da parte dell'**Ente**. Il programma degli audit di sorveglianza è proposto dal Lead Auditor in base ai risultati dell'ultimo audit effettuato, in modo da coprire, durante tutto il triennio di validità del certificato, l'intero Sistema di Gestione dell'Organizzazione. Anche il programma triennale è approvato dal Comitato di Delibera in fase di decisione finale per l'emissione del certificato, le date indicate sul piano delle sorveglianze possono essere anticipate in base alle esigenze dell'**Organizzazione** e/o dell'**Ente**, sempre garantendo almeno un audit ogni anno solare. L'audit di prima sorveglianza riferito al primo ciclo di certificazione dovrà essere effettuato massimo entro 12 mesi dalla decisione della certificazione (data di delibera), pena la sospensione del certificato. L'audit di seconda sorveglianza dovrà essere effettuato entro 24 mesi dalla decisione della certificazione (data di delibera), in caso di giustificate motivazioni comunicate dall'Organizzazione all'Ente sarà possibile posticipare la sorveglianza per un massimo di 3 mesi. Tale regola sarà applicata anche per tutte le sorveglianze successive ai rinnovi. In caso di NC Maggiori è necessario che l'Organizzazione predisponga ed invii al Lead Auditor un piano di Azione Correttiva entro 15gg dall'audit. Il Lead Auditor provvederà, al massimo entro tre mesi, a chiudere le NC Maggiori, in caso contrario si procederà con la sospensione del certificato.

In occasione degli audit di sorveglianza l'**Ente** emette la fattura relativa alle attività, anticipatamente rispetto alla data dell'audit. È cura dell'**Organizzazione** provvedere al pagamento della fattura prima dell'esecuzione dell'audit.

In caso contrario il Team di Audit potrà emettere una Non Conformità Maggiore con chiusura da attuarsi entro 3 mesi pena la sospensione/revoca della certificazione.

7. ESTENSIONE/RIDUZIONE DELLA CERTIFICAZIONE

L'**Organizzazione** può richiedere estensioni o riduzioni della certificazione.

La richiesta di estensione/riduzione deve essere inoltrata per iscritto all'**Ente** unitamente alla documentazione comprovante le modifiche apportate al sistema di gestione.

L'**Ente** valuterà le richieste e comunicherà all'**Organizzazione** la necessità di audit supplementari per valutare la conformità alle richieste fatte.

8. PROCEDURA DI RINNOVO

Prima della scadenza del certificato, l'Organizzazione deve sottoscrivere l'offerta di rinnovo ricevuta dall'**Ente**. l'Ente procederà come indicato ai § 5.4, 5.6 e 5.7, si fa presente che per consentire il rinnovo, tutte le fasi (esecuzione della verifica e Delibera) devono avvenire prima della scadenza del certificato stesso (entro tre anni dalla data di emissione).

Se le attività di rinnovo non saranno completate con successo entro la data di scadenza del certificato si procederà, secondo applicabilità, come segue:

a) *L'attività di rinnovo è iniziata prima o dopo della data di scadenza della certificazione ed è stata completata positivamente entro 6 mesi della data di scadenza della certificazione*

   A seguito della scadenza del certificato è possibile, entro 6 mesi, ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (completamento dell'audit di rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità maggiori e relativa delibera).

   In questo caso si riemette il certificato ed è possibile, a scelta dell'Organizzazione, indicare le date di validità secondo due opzioni:

   - Evidenziare sul certificato il periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.
   - Non riportare la data iniziale del ciclo precedente, ma la data di emissione deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo, e la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente.

   La durata della verifica è pari ad un audit di rinnovo.

b) *L'attività di rinnovo è iniziata prima o dopo la data di scadenza della certificazione ma è terminata oltre i 6 mesi dalla data di scadenza*

   A seguito della scadenza del certificato, anche dopo i 6 mesi, è possibile ripristinare la certificazione posto che siano state completate positivamente le attività pendenti di rinnovo della certificazione (completamento dell'audit di rinnovo, verifica di attuazione di trattamenti e azioni correttive intrapresi dall'organizzazione a seguito eventuali non conformità maggiori e relativa delibera).

   In questo caso si riemette il certificato ed è possibile, a scelta dell'Organizzazione, indicare le date di validità secondo due opzioni:

   - Evidenziare sul certificato il periodo di non validità della certificazione (il periodo che intercorre dalla data di scadenza del precedente ciclo di certificazione alla data di delibera del ripristino della certificazione) e con data di scadenza basata sulla data del precedente ciclo di certificazione.
   - Non riportare la data iniziale del ciclo precedente, ma la data di emissione deve essere successiva o coincidente alla data di delibera del rinnovo, e la scadenza deve essere coerente con il ciclo precedente.

   La durata della verifica è pari ad un audit di Fase 2.

c) *L'attività di rinnovo è iniziata dopo 6 mesi dalla data di scadenza del certificato*

Verrà effettuato un audit iniziale (o integrata la verifica eventualmente già iniziata, fino ad arrivare ad una durata pari ad uno Fase 1 + Fase2), emettendo un nuovo certificato senza mantenere la storicità del certificato.

Non si tratta quindi di rinnovo ma di una nuova certificazione.

d) In tutti i casi precedenti, e quindi quando l'attività di audit viene iniziata e/o completata dopo la scadenza del certificato, l'Ente può sempre decidere di effettuare un audit iniziale (Fase 1 + Fase 2), emettendo un nuovo certificato senza mantenere la storicità del certificato.

Eventuali tempi di sospensione del certificato non consentono lo slittamento della data di scadenza.

9. TRASFERIMENTO DI CERTIFICAZIONE DA ALTRO ENTE

Si intende per trasferimento di una certificazione il riconoscimento da parte dell'**Ente** di un certificato di Sistema di Gestione che esista e sia valido, allo scopo di emettere un proprio certificato.

Il certificato da trasferire si ritiene esistente e valido se emesso da altro Ente accreditato da ente firmatario di accordi di mutuo riconoscimento MLA IAF, in caso contrario l'**Ente** considererà l'**Organizzazione** nuovo cliente e procederà con l'iter previsto per le nuove certificazioni.

In caso di subentro l'**Organizzazione** si impegna a fornire all'**Ente** le seguenti informazioni/documenti:

- comunicazione scritta delle motivazioni che hanno portato alla richiesta di trasferimento (allegato A del Questionario Informativo);
- dichiarazione che il certificato in loro possesso non è sospeso/revocato o minacciato di sospensione da parte dell'emittente (allegato A del Questionario Informativo);
- dichiarazione di assenza procedure legali con gli organi di vigilanza per il mancato rispetto di requisiti legislativi (allegato A del Questionario Informativo);
- documentazione, in copia, relativa all'intero iter di certificazione in loro possesso, compreso lo stato dei rilievi, riscontrati dall'ente cedente;
- elenco dei reclami ricevuti da propri clienti e le azioni intraprese;
- copia del certificato in essere;
- copia della Visura camerale.

Ricevuta tutta la documentazione, l'**Ente** provvede ad effettuarne il riesame al fine di verificare:

- che le attività dell'**Organizzazione** ricadano nel campo di accreditamento dell'**Ente**;
- le motivazioni della richiesta;
- che il certificato dell'**Organizzazione**, di cui si chiede il trasferimento, sia valido in termini di autenticità, durata, scopo ed esclusioni eventuali;
- lo stato attuale delle eventuali NC aperte ed i rapporti dei precedenti audit dell'ente cedente;
- gli eventuali reclami/ricorsi ricevuti dall'**Organizzazione** e le azioni da essa intraprese per risolverli;
- contattare, in caso di necessità, l'ente cedente per iscritto richiedendo informazioni sulla validità del certificato.

A seguito dei risultati del riesame, nei casi ritenuti necessari, l'Ente potrà prevedere un sopralluogo presso l'**Organizzazione**. Se il certificato è stato emesso da Organismo non accreditato da ente firmatario accordi MLA IAF,

oppure il Riesame preliminare non è stato sufficiente a verificare la situazione, l'**Ente** comunicherà all'**Organizzazione** che essa sarà considerata nuovo cliente precisandone i motivi, pertanto l'iter seguirà quanto previsto per le nuove certificazioni. Nel caso in cui il certificato sia stato emesso da Enti che abbiano cessato l'attività o che siano stati revocati dall'ente di accreditamento, oltre al riesame documentale, l'**Ente** effettuerà sempre un Audit Supplementare in azienda per verificare "de facto" la conformità alla norma del Sistema di Gestione aziendale. L'accoglimento della richiesta di trasferimento sarà subordinato all'esito dell'audit stesso.

Nel caso in cui il riesame preventivo abbia dato esito positivo, si procede all'emissione dell'offerta. Nel momento in cui l'**Organizzazione** accetta l'offerta, l'**Ente** delibera ed emette il certificato mantenendo inalterate le date di prima emissione e di scadenza, indicando come data di emissione corrente la data della decisione finale dell'**Ente**. L'**Ente** comunicherà, a mezzo e-mail, all'Ente precedente l'avvenuto trasferimento del certificato e pianificherà gli audit secondo l'originaria frequenza. La mancata ottemperanza di tutte le condizioni di cui sopra, o il fornire notizie fuorvianti all'**Ente**, bloccherà l'avvio dell'iter di trasferimento, o il perfezionamento dello stesso.

10. SOSPENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE

La certificazione può essere sospesa, per un periodo massimo di 6 mesi, nel caso in cui:

- si riscontrino Non Conformità Maggiori nel corso di un audit di sorveglianza, non chiuse entro 3 mesi;
- l'organizzazione rifiuti la presenza di Accredia (Ente Unico di Accreditamento) durante gli audit previsti (in questo caso la sospensione potrà essere di massimo tre mesi);
- a seguito di audit supplementare, se si constati il permanere di tutte o di maggior parte delle Non Conformità precedentemente segnalate (Azioni Correttive non intraprese o non efficaci);
- l'**Organizzazione** non attui le Azioni Correttive richieste entro il tempo prestabilito;
- si riscontrino gravi carenze relative al sistema di gestione dell'**Organizzazione** sulla base di reclami, azioni legali ed altre evidenze oggettive anche non derivanti da verifiche ispettive, esempio gravi incidenti o violazioni legali per sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro che abbiano comportato l'intervento delle Autorità Preposte;
- l'**Organizzazione** non permetta di effettuare gli audit di mantenimento/sorveglianza con la cadenza temporale prevista;
- l'**Organizzazione** faccia un uso scorretto o ingannevole della certificazione;
- l'**Organizzazione** non rispetti i termini di pagamento dei costi di certificazione;
- l'**Organizzazione** non accetti eventuali modifiche ai regolamenti di certificazione;
- l'**Organizzazione** leda con il proprio comportamento la reputazione dell'Ente.

L'**Organizzazione** può richiedere volontariamente e motivatamente all'**Ente** la sospensione della certificazione per un periodo non superiore a sei mesi. Il periodo di sospensione non modifica le date di validità del certificato.

La sospensione viene comunicata dal Legale Rappresentante dell'**Ente**, a mezzo posta certificata, indicando la data di decorrenza, il divieto di utilizzare il logo dell'**Ente** e le condizioni necessarie per la riattivazione del certificato. Il Certificato sarà riattivato dall'**Ente** solo dopo aver accertato il ripristino della conformità ai requisiti.

Qualora le cause che hanno portato alla sospensione non siano eliminate entro i termini stabili, l'**Ente** procederà alla revoca della certificazione.

11. REVOCA DELLA CERTIFICAZIONE

La revoca e la conseguente cancellazione e ritiro della certificazione del sistema di gestione viene proposta dall'**Ente** ed approvata dal Comitato di Delibera nei seguenti casi:

- inosservanza dei requisiti e prescrizioni contenuti nel presente regolamento;
- mancata eliminazione, nei tempi stabiliti, delle cause che hanno provocato la sospensione della certificazione;
- sistema di gestione che non garantisce il rispetto dei requisiti cogenti di prodotto e/o servizio;
- si riscontrino gravi carenze relative al sistema di gestione dell'**Organizzazione** sulla base di reclami, azioni legali ed altre evidenze oggettive anche non derivanti da verifiche ispettive, esempio gravi incidenti o violazioni legali per sistemi di gestione salute e sicurezza sui luoghi di lavoro che abbiano comportato l'intervento delle Autorità Preposte;
- ripetuta inosservanza degli impegni assunti con **l'Ente**;
- l'organizzazione rifiuti la presenza di Accredia (Ente Unico di Accreditamento) durante gli audit previsti (previo tre mesi di sospensione);
- cessazione delle attività per le quali l'**Organizzazione** ha ottenuto la certificazione del sistema di gestione;
- fallimento o liquidazione.

Le revoche relative a:

- persistenza della condizione di morosità;
- richiesta da parte dell'Organizzazione

vengono decise direttamente dall'Ente senza l'intervento del Comitato di Delibera.

La decisione di revoca della certificazione del sistema di gestione viene comunicata all'**Organizzazione** mediante posta certificata da parte del Legale Rappresentante dell'**Ente**.

A seguito di revoca l'**Organizzazione** si impegna a:

- restituire l'originale del certificato all'**Ente** e a non utilizzarne le eventuali copie e riproduzioni;
- eliminare dalla carta intestata, documentazione tecnica e pubblicitaria ogni riferimento o simbolo della certificazione;
- sospendere immediatamente l'uso del logo e del marchio dell'**Ente**.

La revoca della certificazione non dà diritto ad alcun rimborso sulle attività già effettuate e fatturate.

12. RINUNCIA ALLA CERTIFICAZIONE

L'**Organizzazione** può rinunciare alla certificazione del Sistema di Gestione in suo possesso:

- alla scadenza del triennio;
- in caso di variazione delle norme di riferimento;
- in caso di non accettazione di eventuali revisioni del presente regolamento;
- in caso di non accettazione delle variazioni delle condizioni economiche;

- per recesso del contratto motivatamente (ad esempio: cessazione dell'attività o cessione di ramo di azienda a soggetto giuridico diverso, disposizioni di legge, ecc.)
- in caso di trasferimento della certificazione ad altro organismo.

L'**Ente**, preso atto della rinuncia e delle sue motivazioni, invia formale comunicazione all'**Organizzazione**.

13. RECLAMI, RICORSI E CONTENZIOSI

Qualunque Organizzazione ha la facoltà di presentare reclami e ricorsi in forma scritta. Il reclamo è la manifestazione esplicita e documentata di insoddisfazione da parte del mercato o di qualsiasi parte interessata rispetto le attività dell'Ente o delle Organizzazioni da esso certificate. Il reclamo va indirizzato al Legale Rappresentante di Dimitto entro 15 giorni dall'evento scatenante, facendo esplicito riferimento alla situazione verificatasi (in accordo al presente paragrafo). L'Ente provvederà a registrare il reclamo ricevuto, ad analizzare la situazione descritta e a dare una risposta scritta (a cura del Legale Rappresentate) all'Organizzazione entro 30 giorni dal ricevimento, con l'esito dell'accertamento e le relative decisioni. Il ricorso è la manifestazione esplicita e documentata di non accettazione delle decisioni adottate dall'Ente nell'ambito delle proprie attività (di audit, amministrative ecc.). Il ricorso va indirizzato al Legale Rappresentante di Dimitto entro 15 giorni dall'evento scatenante, facendo esplicito riferimento alla situazione verificatasi (in accordo al presente paragrafo). Nel caso in cui non si arrivi ad un accordo per non accettazione delle decisioni comunicate a fronte dei reclami o dei ricorsi, sarà responsabilità del Legale Rappresentante dell'Ente gestire tutte le attività e intraprendere tutte le azioni necessarie a tutelare l'immagine e la reputazione dello stesso. Per questo la risoluzione è demandata ad un collegio arbitrale composto da tre membri, nominati uno (esperto nel settore) da ciascuna delle due parti contendenti ed il terzo con funzioni di Presidente, nominato in accordo dagli altri due arbitri. In mancanza di accordo, il contenzioso sarà demandato al Presidente del tribunale di Milano. Le spese sostenute sono interamente a carico della parte soccombente. Il foro competente è quello di Milano. Sul sito www.dimitto.com è presente apposita sezione "SEGNALAZIONE E RECLAMI" dove è possibile compilare il format di reclamo/ricorso, in alternativa si potrà inviare e-mail all'indirizzo info@dimitto.com.

14. USO DEL LOGO E DEL CERTIFICATO

L'**Organizzazione,** una volta ricevuto il Certificato e il relativo logo da parte dell'**Ente**, ha il diritto di pubblicizzare l'ottenimento della certificazione del proprio Sistema di Gestione nei modi che ritiene più opportuni, purché sia fatto sempre corretto riferimento all'oggetto e ai limiti della certificazione ottenuta. La certificazione è rilasciata all'**Organizzazione** limitatamente alla norma, alle attività certificate e ai siti (unità operative) riportati nel certificato e non è trasferibile o estendibile ad altre unità o attività. L'utilizzo del logo e del certificato e la loro diffusione, devono essere riferite esclusivamente ai servizi/prodotti oggetto degli audit effettuati e alle certificazioni di conformità rilasciaste dall'**Ente**. Il logo di certificazione può essere utilizzato su documenti, cancelleria, materiale pubblicitario, pubblicazioni, presentazioni, carta intestata, biglietti da visita, siti web, fatture, DDT, cartelli ed insegne dell'Organizzazione, mezzi e veicoli aziendali. Tale utilizzo deve essere sempre abbinato con il marchio e/o ragione sociale dell'Organizzazione certificata evidenziando eventuali aspetti non coperti dalla certificazione in possesso. Tale facoltà non può essere trasferita a terzi. In caso di utilizzo del logo di certificazione sui siti web non è possibile riportare il link del sito dell'**Ente**.

Caratteristiche generali del logo:

- il logo può essere ingrandito o ridotto purché ne vangano rispettate le proporzioni e il colore (Codici Pantone: Pantone Black C e Pantone 1945 C) e ne venga assicurata la perfetta leggibilità;
- l'utilizzo del logo non deve poter dare adito ad errate interpretazioni, in particolare non deve poter essere confuso con un marchio di certificazione di prodotto, non deve pertanto essere apposto su prodotti né su loro imballi primari (imballi in diretto contatto con il prodotto); il logo non deve essere apposto su certificati e rapporti di prova, analisi o taratura emessi dai laboratori;
- l'utilizzo del logo deve immediatamente cessare nel caso di decadenza, sospensione o revoca della certificazione; in tali casi l'organizzazione deve provvedere all'eliminazione dello stesso da tutti i documenti sui quali era stato riportato.

Per i settori accreditati il certificato riporterà anche il logo dell'ente di accreditamento Accredia che potrà essere utilizzato dall'**Organizzazione** nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Accredia per l'utilizzo del logo RG-09 revisione vigente (scaricabile e consultabile sul sito Accredia https://www.accredia.it/documenti/rg-09-regolamento-per-lutilizzo-del-logo-e-del-marchio-accredia/). Per Maggior chiarezza si riporta, nel paragrafo successivo, stralcio del Regolamento Accredia:

Stralcio Regolamento Accredia per l'Utilizzo del Logo (OdC = Ente)

È consentito l'utilizzo del marchio ACCREDIA, congiuntamente a quello dell'OdC, su carta intestata e documenti in genere (ad eccezione di qualsiasi documentazione tecnica riguardante i prodotti realizzati) o su beni e mezzi strumentali utilizzati per la realizzazione dei processi rientranti nell'ambito del sistema di gestione certificato (quali veicoli commerciali, edifici, nonché camici e tute da lavoro e simili) ad esclusione degli oggetti che si configurano come prodotti oggetto di specifica certificazione, specie se cogente o regolamentata (macchine, attrezzature, dispositivi di protezione individuale, ecc..).

Per utilizzi su beni e mezzi strumentali, l'abbinamento dei due Marchi deve essere completato con l'aggiunta di una dizione del tipo: Organizzazione con sistema di gestione certificato (per esempio qualità, ambiente), nome del CAB e norma applicabile…

I rapporti di prova e/o certificati di taratura emessi da Laboratori e/o i rapporti di prove valutative emessi da un PTP e/o documenti associati ad un materiale di riferimento emessi da un RMP e/o i rapporti di materiale biologico emessi da una BBK, il cui sistema di gestione per la qualità sia stato certificato da un OdC di sistema di gestione aziendale non devono mai riportare il marchio dell'OdC con o senza il riferimento all'eventuale accreditamento dell'OdC medesimo.

Per i rapporti di prova emessi da Laboratori di prova, i certificati di taratura emessi da Laboratori di taratura, i rapporti di prove valutative emessi da PTP, i documenti associati ad un materiale di riferimento emessi da RMP e/o i rapporti di materiale biologico emessi da una BBK, e i relativi documenti di offerta, è consentito l'utilizzo della sola dizione Organizzazione con sistema di gestione certificato, indicando il tipo di sistema di gestione (per esempio qualità, ambiente) e la norma applicabile…

Nel caso di certificazione di servizi, è consentita l'apposizione del marchio ACCREDIA, abbinato a quello dell'OdC (o soluzione equivalente rappresentata dalla scritta di cui al Par. 6.3), sui mezzi strumentali utilizzati per la fornitura del servizio, con l'aggiunta della dizione "servizio certificato".

Nel caso di servizi solo parzialmente certificati, la dizione deve essere integrata con le necessarie limitazioni ("… limitatamente a …").

L'abbinamento dei due Marchi (o soluzione equivalente) su documenti tecnici, cataloghi e materiale pubblicitario deve essere posto esclusivamente in corrispondenza dei prodotti/servizi/processi rientranti nello scopo di accreditamento.

Per l'utilizzo del marchio ACCREDIA congiunto a quello dell'OdC (o soluzione equivalente), nel caso di certificazione di prodotti, il Regolamento dell'OdC deve prevedere i casi in cui le dimensioni del prodotto e dell'imballaggio/confezione non consentano il rispetto dei vincoli dimensionali…

Non è consentito l'utilizzo del marchio ACCREDIA, né del marchio dell'OdC, né, tantomeno, del marchio congiunto, in alcun tipo di documentazione tecnica che possa richiamare in qualche modo il prodotto, quando l'Organizzazione è in possesso di un Sistema di gestione certificato (es.: dichiarazioni di conformità ai fini della marcatura CE, certificati di collaudo, ecc..).

15. INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 E DELL'ART. 14 DEL REG. UE 2016/679

L'informativa sul trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati 2016/679 è consultabile su sito www.dimitto.com sezione download o su richiesta ai nostri uffici.

16. DIRITTI E DOVERI DELL'ENTE

16.1 Modifiche al regolamento

È facoltà dell'**Ente** modificare o aggiornare il presente documento, anche a seguito di modifiche del documento normativo di riferimento, imposte dagli Enti di Accreditamento, o in base alle procedure interne di certificazione.

L'**Ente** darà comunicazione delle modifiche all'**Organizzazione** che, qualora non intenda conformarsi, avrà la facoltà di rinunciare al contratto entro 15 giorni successivi a detta comunicazione.

Copia aggiornata del presente regolamento è reperibile sul sito www.dimitto.com.

16.2 Causa di forza maggiore

L'**Ente** sarà esentato dagli obblighi derivanti dal contratto stipulato con l'**Organizzazione** e non sarà ritenuto responsabile in nessun modo, qualora non dovesse essere in grado di adempiere ai propri impegni a causa di circostanze ragionevolmente imprevedibili.

17. DIRITTI E DOVERI DELL'ORGANIZZAZIONE

L'**Organizzazione** certificata o in fase di certificazione deve informare l'Ente, entro 10gg lavorativi, di eventuali casi di coinvolgimento in situazioni critiche tali da compromettere la garanzia della certificazione (ad esempio: scandalo, crisi o coinvolgimento in procedimenti giudiziari per fenomeni corruttivi o simili; venti relativi a fenomeni di corruzione che possa aver coinvolto una o più delle sue risorse umane). L'**Organizzazione** deve inoltre comunicare le modalità di azione attuate per il contenimento degli effetti derivanti dall'evento, l'analisi delle cause, le relative azioni correttive adottate.

Qualora fosse lo stesso **Ente a** reperire direttamente dal mercato informazioni circa situazioni critiche con responsabilità (scandali o procedimenti giudiziari per fenomeni corruttivi o simili) che riguardano l'**Organizzazione** certificata o in fase di certificazione, condurrà una approfondita analisi.

In questi casi, l'**Ente** può informare il mercato del fatto che tale **Organizzazione** è sotto osservazione, fatti salvi gli obblighi di legge e dei mercati regolamentati (per esempio **Organizzazioni** quotate in borsa).

Conclusa l'analisi **l'Ente** potrà:

- chiudere la valutazione con archiviazione
- intensificare le verifiche;
- sospendere la certificazione;
- revocare la certificazione.

La certificazione rilasciata dall'**Ente** sul sistema di gestione non solleva l'azienda dagli obblighi di legge derivanti dai processi e servizi forniti e dagli obblighi contrattuali verso i propri clienti. In particolare, si ricorda che nessuna responsabilità può essere sollevata all'**Ente** per inadempienze legislative.

L'**Ente** non è responsabile di inadeguatezze o danni di alcun tipo provocati dall'attività dell'**Organizzazione** o dai suoi prodotti, processi o servizi. Le modifiche organizzative e strutturali che l'**Organizzazione** fa per accedere alla certificazione sono esclusiva responsabilità dell'**Organizzazione** stessa. Si precisa che il rilascio di un certificato per un sistema di gestione non corrisponde all'attestazione della conformità legislativa, né che il ruolo degli Auditor è regolatorio.

17.1 Modifiche al Sistema di Gestione dell'Organizzazione

Durante il periodo di validità della certificazione rilasciata, l'**Organizzazione** deve notificare per iscritto all'**Ente** (a mezzo e-mail) ogni modifica sostanziale (organizzativa e/o documentale) del suo Sistema di Gestione, descrivendo la natura e la portata dei cambiamenti effettuati. In caso di procedure concorsuali volontarie o coatte amministrative, l'**Organizzazione** deve darne comunicazione all'**Ente** entro 10gg lavorativi. In ipotesi di amministrazione controllata con prosecuzione dell'attività, l'**Ente** potrà subordinare il mantenimento della certificazione all'effettuazione di audit supplementare.

In caso di gravi incidenti ambientali o infortuni sul lavoro l'**Organizzazione** deve darne comunicazione all'**Ente** entro 10gg lavorativi. In tal caso l'**Ente** può decidere di effettuare un audit straordinario per verificare l'assenza di rischi ambientali e/o per la sicurezza e salute ed il ripristino di condizioni accettabili di sicurezza.

L'**Ente** ha facoltà di sospendere o revocare la certificazione in caso di esito negativo di tale verifica.

17.2 Osservatori ed Ispettori degli Enti di Accreditamento

Allo scopo di accertare che le modalità di valutazione adottate dall'**Ente** siano conformi alle norme di riferimento, Accredia (Ente di Accreditamento), garante delle certificazioni emesse può richiedere:

- la partecipazione di suoi osservatori agli audit effettuati dall'Ente. L' **Organizzazione** deve consentire l'accesso ai propri locali agli auditor dell'**Ente**, agli eventuali osservatori o esperti tecnici nonché agli ispettori di Accredia in accompagnamento all'**Ente**, ed assisterli durante gli audit, anche se comunicati con preavviso minimo
- l'effettuazione di visite presso l'Organizzazione certificata, direttamente con proprio personale. L'**Organizzazione** deve consentire l'eventuale visita condotta direttamente dal personale Accredia. La partecipazione di osservatori agli audit e/o l'eventuale visita condotta direttamente dal personale Accredia, è preventivamente concordata con breve preavviso (di norma 7 giorni) tra l'**Ente** e l'**Organizzazione**. Qualora l'Organizzazione non conceda il proprio benestare, la validità del certificato verrà sospesa per un massimo di 3 mesi. Trascorsi i 3 mesi, in assenza di benestare alla verifica, la sospensione si trasformerà in revoca. L'Organizzazione dovrà mettere a disposizione di Accredia tutta la documentazione dei precedenti audit effettuati dall'**Ente**.

Le modalità di accertamento utilizzate da Accredia sono riportate nei relativi regolamenti e/o comunicazioni/circolari disponibili sul sito web www.accredia.it.

L'Organizzazione può invitare ad assistere agli audit propri osservatori (come i consulenti) a condizione che essi rispettino il ruolo di osservatore e non intervengano in modo attivo nel processo di audit.

17.3 Obbligo di informazione sui procedimenti legali

L'**Organizzazione** deve informare l'**Ente**, entro 10gg lavorativi a mezzo pec, di inadempienze legislative segnalate dalla pubblica autorità relative a, violazioni di leggi, disposizioni regolamentari e procedimenti giudiziari per responsabilità o violazioni di leggi relative al prodotto/servizio per cui è stata rilasciata la certificazione.

In questi casi, l'**Ente** effettua un'indagine che potrà comportare Audit Straordinari sul Campo. A conclusione dell'indagine, l'**Ente** adotterà i seguenti provvedimenti:

- chiusura della valutazione con archiviazione;
- intensificazione delle verifiche;
- sospensione della certificazione;
- revoca.

18. NOTE CONCLUSIVE

La firma sull'offerta emessa dall'**Ente** presuppone che l'**Organizzazione** abbia letto compreso e recepito il presente regolamento, in particolare i seguenti paragrafi:

1 "Indirizzi politici"

2 "Accreditamento"

10 "Sospensione della certificazione"

11 "Revoca della certificazione"

12 "Reclami, ricorsi e contenziosi"

13 "Uso del logo e del certificato"

16 "Diritti e doveri dell'organizzazione"