

## Domanda di valutazione della conformità n. 1000

Ai sensi e per gli effetti dell' art. 9 del REG 01 Regolamento per la valutazione della conformità dei Dispositivi di Protezione Individuale secondo il Regolamento (UE) 2016/425 disponibile sul nostro sito web [www.cimac.it](http://www.cimac.it)

Tipo certificazione modulo D richiesta	Rinnovo
--	---------

Luogo concordato per l'audit e campionamento			
Sede N. 1			
Azienda	ProvaClaudio2309		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	91
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1
Attività svolte	AABBCC		
Progettazione	3	Commerciale	1
Produzione	2	Assistenza clienti	1
Qualità	1	Acquisti	1
Altra attività (specificare)	Magazzino	Numero persone coinvolte	1
Totale addetti coinvolti	10		
Lingua da utilizzare per l'audit	Italiano		
Processi in outsourcing	YYYYWWWSS		

Sede N. 2			
Azienda	ProvaClaudio2309		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	91
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1
Attività svolte	AABBCC		
Progettazione	3	Commerciale	1
Produzione	2	Assistenza clienti	1
Qualità	1	Acquisti	1
Altra attività (specificare)	Magazzino	Numero persone coinvolte	1
Totale addetti coinvolti	10		
Lingua da utilizzare per l'audit	Italiano		
Processi in outsourcing	YYYYWWWSS		

## Domanda di valutazione della conformità n. 1000

DPI			
N.	Cert N.	CIMAC	Sorveglianza

Produttori	
N. DPI	Produttore

Intestazione fatture			
Azienda	ACS		
Indirizzo	via prova 5		
Città	ProvaCity	Cap	11111
PIVA	11223344	Nazione	Guatemala
Telefono	112233445566	Email	info@prova.it
Nome Contatto	Claudio	Cognome Contatto	s1

Lingua certificato	Italiano-Inglese
Contatto	Claudio Sironi
Email	csironi@cesoft.io