|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATA | 2 | 1 |  |  |  |

Numéro de dossier ATALIA Certification

|  |
| --- |
| Référentiel National Qualité défini par le décret n° 2019-565 du 6 juin 2019 |

Référentiel demandé

1. **Coordonnées de l’organisme**

*Merci de joindre votre dernier BPF\**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale \* |  |
| Adresse: rue \* |  |
| Adresse: code postal- ville \* |  |
| Pays |  |
| Nom/prénom du dirigeant \* |  |
| Contact projet- Nom/prénom \* |  |
| Fonction |  |
| Service |  |
| Téléphone fixe \* |  |
| Téléphone portable |  |
| Email \* |  |
| Site internet |  |
| Numéro d’enregistrement de la déclaration d’activité (NDA) \* |  |
| Appartenance à un groupe, si oui lequel |  |
| Nombre de salariés \* | *Si vous êtes plus de 3 personnes en CDI, merci de nous fournir un organigramme\** |
| Chiffre d’affaires formation \* | < 150 k€  Entre 150 et 750 k€  > 750 k€ |

**

*Les informations accompagnées de* ***\**** *sont obligatoires. Sans ces éléments, nous ne pourrons réaliser de devis. Merci de votre compréhension.*

1. **Période d’audit souhaitée**
2. **Périmètre à certifier**

L’organisme est mono-site

L’organisme est multisite. Si oui, merci de nous fournir :

* La liste des sites concernés par le NDA
* Les documents définissant la Direction unique de l’organisme en précisant l’étendue de la responsabilité (ex : statuts, organigramme etc…)
* Documents permettant de démontrer l’existence d’un système de management unique (ex : manuel qualité, système documentaire, revue de direction etc…)
* Attestation d’assurance contractée par l’entité juridique couvrant les activités et établissements entrant dans la portée d’accréditation demandée.

**Les formations sont organisées :**

Dans les locaux de l’organisme

Dans les locaux du client

Autres *(à préciser)*

1. **Champ de certification demandé**

**Type(s) d’action(s) :**

Actions de formation

Bilans de compétences

Validation des acquis de l’expérience

Actions de formation par apprentissage

**Formations certifiantes Formations en situation de travail**

Oui  Oui

Non  Non

**Méthodologie :**

Formations inter-entreprises

Formations intra-entreprises

Formation par alternance

1. **Situation de l’organisme de formation vis-à-vis de la certification**

Certification initiale

Transfert de certification *(joindre une copie du certificat précédent et le rapport du dernier audit de certification)*

1. **Disposez-vous d'une certification ou labellisation référencée CNEFOP encore active à ce jour ? Si oui, merci de joindre une copie du certificat en pièce jointe**

Oui

Non

1. **Avez-vous fait l'objet, sur les 3 derniers mois, d'un refus de certification OPAC de la part d'un autre organisme ?**

Oui

Non

1. **Avez-vous bénéficié, au cours des 2 dernières années, de prestations de conseils liées à la certification demandée ?**

Oui

Non

1. **Informations sur les formations réalisées**

**Décrire succinctement les matières, sujets ou thèmes des formations réalisées :**

Partie réservée à ATALIA Certification

REVUE DE LA DEMANDE :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DISPOSITIONS | Oui | Non | Commentaires |
| Fiche entièrement renseignée |  |  |  |
| Avons-nous les compétences dans le domaine d’activité demandé |  |  |  |
| La demande est-elle suffisamment bien documentée |  |  |  |
| Disposons-nous d’un auditeur qualifié dans le domaine |  |  |  |
| Existe-t-il un conflit d’intérêt entre ATALIA Certification et le client ou encore entre l’auditeur et le client. |  |  |  |
| Autre (détail) |  |  |  |

Mission réalisable

Mission non réalisable

Décision le :

Visa Directeur Visa Chargée d’affaires

Mission réalisable sous conditions : Avis du comité d’impartialité

Conditions :

Pour le comité (date et visa) :