|  |
| --- |
| Angaben zur Organisation |
| **Name:** |       |
| **Straße und Hausnummer:** |       |
| **Postleitzahl und Ort:** |       |
| **Telefon:** |       |
| **eMail:** |       |
| **Ansprechpartner:** |       |

|  |
| --- |
| **Fachbereiche AZAV Zertifizierung** |
| **1.** Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung | [ ]  |
| **2.** Erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung  | [ ]  |
| **3.** Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  | [ ]  |
| **4.** Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung | [ ]  |
| **6.** Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben | [ ]  |
| **Wurde bereits ein Antrag von einer anderen fachkundigen Stelle abgelehnt bzw. eine bestehende Zertifizierung/Zulassung ausgesetzt oder zurückgezogen (ja/nein)?** |       |

|  |
| --- |
| **Beschreibung des aktuellen bzw. geplanten Angebotes** (dies ist relevant, für die Bestimmung des Risikogrades gemäß IAF MD 5) |
|       |

|  |
| --- |
| **Personal und Standorte** |
| **Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen:**(alle im Geltungsbereich der Zertifizierung bzw. Zulassung - inkl. Honorarkräfte) |       |
| **Gesamtzahl gerechnet auf Vollzeitmitarbeiter/innen:**(Teilzeitstellen und Honorarkräfte bitte entsprechend umrechnen. Bei schwankenden Zahlen, ist immer die jeweilige Höchstzahl relevant) |       |
| **Anzahl der Standorte (inkl. Zentrale):** |       |

|  |
| --- |
| **Sonstige Angaben:** |
| **Ist Ihr Unternehmen bereits zertifiziert?**(wenn ja, bei welcher Gesellschaft und wie ist die Dauer der Gültigkeit der Zertifizierung?) |       |
| **Haben Sie externe Berater oder Beratungsgesellschaften eingesetzt?**(wenn ja, wer wurde hier beauftragt?) |       |
| **Werden relevante Prozesse des Leistungsangebotes an andere Organisationen ausgegliedert?**(gilt nicht für Honorardozenten) |       |
| **Arbeitet Ihr Unternehmen im Schichtbetrieb?**(wenn ja, beschreiben Sie das Schichtsystem und ob die Ausgestaltung z.B. parallel oder aufeinanderfolgend stattfindet) |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Weitere Standorte bei einer Multi-Standort-Zertifizierung:Die Zentrale bitte kennzeichnen (Die Zentrale ist diejenige Stelle, von der aus die betriebliche Kontrolle und Befugnisse der obersten Leitung der Organisation auf jeden Standort ausgeübt werden). | Dem Standort zugeordnete Prozesse des Managementsystems: (z.B. Führungsprozesse; Entwicklung; Abrechnung; Einkauf; Dienstleistungs-erbringung) | Am Standort ausgeführte Tätigkeiten im Rahmen der Dienstleistungserbringung:(z.B. Umschulungen; Coaching-Maßnahmen; SAP-Schulungen) | **Anzahl VZ-Mitarbeiter (Peak-Zahl):** | **Fach-bereiche der AZAV:** |
|       (Zentrale) |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eignung zur Multi-Standort-Zertifizierung:** | **Ja** | **Nein** | **Bemerkungen** |
| Das Unternehmen besitzt eine Zentrale und nur ein einheitliches Managementsystem (hoher Grad an Zentralisierung)? | [ ]  | [ ]  |       |
| Die Zentrale hat die organisatorische Befugnis, das einheitliche Managementsystem festzulegen, einzuführen und aufrecht zu halten? | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Managementsystem der Organisation unterliegt einer zentralen Managementbewertung? | [ ]  | [ ]  |       |
| Alle Standorte unterliegen dem internen Auditprogramm des Managementsystems? | [ ]  | [ ]  |       |
| Die Zentrale erhebt und analysiert relevante Daten von allen Standorten und verwirklicht eine einheitliche Steuerung über das Managementsystem? | [ ]  | [ ]  |       |
| Darlegung relevanter Schnittstellen zwischen Standorten sofern zutreffend: |       |

|  |
| --- |
| **Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung** |
| Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie der acadCERT GmbH die notwendige Speicherung und Verarbeitung Ihrer übermittelten Daten zur Erstellung eines unverbindlichen Angebotes. Gemäß den Anforderungen an Zertifizierungsstellen müssen auch nicht zum Vertragsschluss führende Anträge für eine angemessene Zeit, zum Nachweis der ordnungsgemäßen Arbeit der Zertifizierungsstelle, aufbewahrt werden. Kommt es nicht zum Vertragsschluss, wird Ihr Antrag und die übermittelten Daten daher, in gesperrter Form, für ein Jahr archiviert und anschließend vernichtet. Der Schutz Ihrer Daten ist in jedem Fall gewahrt. Außer den berechtigten Mitarbeitern hat ggf. nur die Deutsche Akkreditierungsstelle auf Verlangen Zugang zu diesen Informationen. |
| **Datum:** | **Unterschrift:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |