*Ce formulaire permet à GLOBAL Certification® d’instruire la demande de votre Organisme en vue de la* ***certification des organismes de formation des Personnes Compétentes en Radioprotection****.*

*Les règles de certification que suit votre organisme sont définies réglementairement par* ***l’arrêté du 18 décembre 2019 modifié par l’arrêté du 12 novembre 2021*** *relatif aux modalités de* ***formation de la personne compétente en radioprotection*** *et de certification des organismes de formation et des organismes compétents en radioprotection*, *du document «* ***Questions-Réponses*** *» en vigueur disponible sur le site internet* [*https://travail-emploi.gouv.fr/*](https://travail-emploi.gouv.fr/) *et l’****Annexe 1 du PQR OF PCR*** *en vigueur disponible sur* [*www.global-certifcation.fr*](http://www.global-certifcation.fr) *rubrique Radioprotection / OF PCR.*

1. **Informations générales sur l’organisme**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations concernant l’organisme de formation** | | | | | |
| Raison Sociale |  | | | | |
| N° SIRET |  | | | | |
| N° de déclaration d’organisme de formation |  | | | | |
| Nom et Prénom du Représentant Légal |  | | | | |
| Adresse du siège |  | | CP - VILLE |  | |
| Groupe d’appartenance |  | | | | |
|  | | | | | |
| **Informations concernant le Contact Principal** | | | | | |
| Nom et Prénom |  | Fonction | | |  |
| Téléphone |  | Mobile | | |  |
| Télécopie |  | Email | | |  |
|  | | | | | |
| **Informations concernant les effectifs de l’OF** | | | | | |
| Nombre de formateurs  OF PCR |  | Nombre d’Intervenants spécialisés | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Période envisagée pour le dépôt du dossier de recevabilité** |  |

1. **Périmètre de votre demande**

**Votre demande de certification est***(cocher la case concernée)* **:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Une demande de certification initiale** selon l’arrêté du 18 décembre 2019 modifié |
|  | **Une demande d’extension de votre certification** selon l’arrêté du 18 décembre 2019 modifié |

**Votre demande de certification concerne***(cocher la/les case(s) concernée(s))***:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Un **siège**, un **site principal** ou une **agence** (adresse ci-dessus) à l’adresse duquel/de laquelle aucune formation n’est exercée pour la certification demandée. |
|  | Un **siège**, un **site principal** ou une **agence** (adresse ci-dessus) à l’adresse duquel/de laquelle se trouve **le centre principal de formation** pour la certification demandée. |
|  | **Un centre principal de formation** situé à une adresse distincte du siège, du site principal ou de l’agence et qui dispose d’une autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et faire fonctionner le système qualité unique pour la certification demandée. |
|  | **Plusieurs autres centres de formations** avec une présence permanente de personnel sur chacun ettous rattachés au **même système qualité que le centre principal de formation** pour la certification demandée. |

**Les sites concernés par la certification sont les suivants :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de site (\*)** | **Nom commercial**  **Adresse**  **CP-Ville** | **N1** | | **N2** | | | | | **Formation**  **Renforcée** |
| **Médical** | | **Industrie** | | |
| **ROA** | **RON** | **SS** | **SNS** | **SS** | **SNS** | **NUC** |
| Siège |  | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| CPF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CF |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (\*) : Type : Centre Principal de Formation (CPF) ; Centre de formation (CF)  Pour le niveau 1, Secteur **ROA** : Rayonnements d’origine artificielle ; **RON** : Rayonnements d’origine naturelle  Pour le niveau 2, Options **SNS :** Sources Non Scellées **; SS :** Sources Scellées ; **Nuc**: Nucléaire | | | | | | | | | |

**Organisations Multi-sites**

*Dans le cas d'une entreprise multi-sites ou d'un groupe, l'organisme certificateur s'appuie sur le document IAF-MD 1 pour déterminer les définitions à prendre en compte, les règles d'échantillonnage à appliquer, les modalités de la certification et les conditions de délivrance de la certification, selon l'organisation, par établissement (identifié par son numéro SIRET) ou pour toute l'entreprise.*

*Les règles d'échantillonnage ne s'appliquent qu'au volet "documentaire" de l'audit.*

***L’organisme candidat s’engage sur les points suivants****(\* cocher la case si concerné) :*

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** | L’organisme candidat déclare avoir **un seul et unique système qualité** ; |
| **\*** | L’organisme candidat a identifié son **centre principal de formation** qui fait partie de l’entité et n’est pas sous-traitée :  Adresse  CP - VILLE |
| **\*** | L’organisme candidat déclare que le **centre principal de formation** dispose de l’autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et faire fonctionner le système qualité unique ; |
| **\*** | L’organisme candidat déclare que **chaque centre de formation** déclaré **dispose de tous les moyens** organisationnels, en personnel et en matériel, lui permettant de réaliser les formations des personnes compétentes en radioprotection ; |
| **\*** | L’organisme candidat est informé que tous les **centres de formation** autres que le centre principal doivent être inclus dans le programme de surveillance géré par la fonction centrale ; |

***L’organisme candidat déclare une organisation spécifique*** *(\* cocher la case si concerné) :*

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** | L’organisme déclare une organisation spécifique qu’il détaille ci-après :  xxx |

*Conformément au l’IAF MD1, si un nouveau groupe de sites demande à être inclus au réseau multi-sites déjà certifié, chaque nouveau groupe de sites sera considéré comme un ensemble indépendant quant à la détermination de la taille de l'échantillon. Une fois le nouveau groupe inclus au certificat, les nouveaux sites seront cumulés aux sites précédents pour déterminer la taille de l'échantillon à prendre en compte pour les futurs audits de surveillance et de renouvellement.*

1. **Utilisation de sources**

***Détenez-vous des sources ?***   **Oui**-  **Non**

Si oui, indiquez les références votre autorisation de détention :

|  |
| --- |
|  |

***Mettez-vous en œuvre des sources ?***  **Oui**-  **Non**

Si oui, indiquez ici les références de votre autorisation d’utilisation :

|  |
| --- |
|  |

Si non, joignez votre trame de convention avec les entreprises d’accueil.

***IMPORTANT : Joignez la copie de votre attestation de détention et/ou d’utilisation le cas échéant***

1. **Sous-traitance**

***Sous-traitez-vous une partie de votre activité ?***  **Oui**-  **Non**

Si oui, décrivez les modalités que vous avez mis en œuvre :

|  |
| --- |
|  |

*Cf. Réponse II.12 (art. 12 et 13 de l’arrêté) « La certification doit être portée par l’organisme qui assure la responsabilité pédagogique de la formation et qui réalise plus de 50 % de la formation dispensée grâce à ses propres formateurs comme prévu à l’article 13 de l’arrêté du 18 décembre 2019. Il est possible de sous-traiter la partie administrative et logistique mais dans ce cas, certains éléments liés à cette sous-traitance comme les moyens mis à disposition des stagiaires et des formateurs pour assurer une formation dans de bonnes conditions ou le délai d’envoi des certificats doivent aussi être audités et font partie de la certification. »*

1. **Autres informations**

***Avez-vous fait appel à un consultant/formateur pour la mise en place de votre démarche*** :  **Oui**-  **Non**

Si oui, précisez le nom de l’organisme qui vous a accompagné (cela inclut également des prestataires pour la réalisation d’audit interne) :

|  |
| --- |
|  |

1. **Transfert**

***S’agit-il d’un transfert de certification en provenance d’un autre organisme certificateur*** :  **Oui**-  **Non**

Si oui, par qui êtes-vous actuellement certifié ?

|  |
| --- |
|  |

Selon quel arrêté :

|  |
| --- |
|  |

***Dernière étape validée par votre certificateur actuel :***

**Date de la décision de Recevabilité** : ………………… Échéance : ……………………………

**Date de décision de certification** : ………………… Échéance : ……………………………

**Date du dernier audit de surveillance**: …………………

**Date de la dernière décision** : …………………

***Votre certificat est-il toujours actif ? (Non suspendu ou Non retiré)***  **Oui**-  **Non**

1. **Commentaires**

*Apporter tous les commentaires éventuels que vous jugez utiles à l’examen de votre demande et l’élaboration de l’offre*

|  |
| --- |
|  |

1. **Signature de la demande**

|  |
| --- |
| NOM Prénom du représentant de l’organisme : Date :  Signature : |

***Formulaire à nous retourner complété à :*** [***radioprotection@global-certification.fr***](mailto:radioprotection@global-certification.fr)