*Ce formulaire permet à GLOBAL Certification® d’instruire la demande de votre Organisme en vue de la* ***certification des Organismes Compétents 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 OCR*** *disponible sur* [*www.global-certification.fr*](http://www.global-certification.fr) *rubrique Radioprotection / OCR.*

# Informations générales sur l’organisme

|  |  |
| --- | --- |
| ***Informations concernant l’organisme*** | |
| *Raison Sociale* |  |
| *N° SIRET* |  |
| *Nom et prénom du Représentant Légal* |  |
| *Adresse*  *CP - Ville* |  |
|  |
| *Groupe d’appartenance* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Informations concernant le Contact Principal*** | | | |
| *Nom et prénom* |  | *Fonction* |  |
| *Téléphone* |  | *Mobile* |  |
| *Télécopie* |  | *Email* |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Informations concernant les effectifs de l’Organisme*** | | | | | |
| *Nombre de Conseillers en RadioProtection Désignés* |  | | *Nombre d’intervenants spécialisés* | |  |
| *Nombre de Conseillers en RadioProtection Ponctuels* |  | |
| *Type d’OCR (\*)* | | OCR commercial | | OCR non commercial | |

*\* : cf. Réponse IV.8 (article 16 ; annexes VII à IX) - Il y a deux catégories d’OCR : les « OCR commerciaux » qui démarchent des clients pour leur proposer des prestations de CRP pour un tiers ou certaines missions RP en appui de leur CRP-PCR interne, et les « OCR non commerciaux » qui ont pour objectif de mutualiser les moyens humains et matériel entre plusieurs établissements ou entreprises, en général d’un même groupe, afin d’améliorer et d’harmoniser les pratiques ainsi que d’assurer la continuité de service.*

*Ces « OCR non commerciaux » ont donc un périmètre limité au groupement d’établissements/entreprises qui les a créés, simplifiant ainsi grandement une partie des audits de certification. En conséquence, la durée du volet documentaire des audits pour ces OCR peut être inférieure à la journée. En revanche, le volet terrain « chez un*

*tiers » ne peut pas être réduit puisqu’il permet de s’assurer de la réalisation effective des missions RP qui lui sont confiées.*

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

# Périmètre de votre demande

Afin de vous transmettre une offre qui corresponde à votre situation, nous vous remercions de bien vouloir préciser ci-dessous vos modalités de fonctionnement :

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Uniquement le siège** (adresse ci-dessus) et le centre principal de l’activité (à indiquer obligatoirement ci-dessous). |
|  | **Le siège** (adresse ci-dessus) **+ le centre principal** de l’activité et **plusieurs établissements** : liste à renseigner ci-dessous. |
|  | **Un ou des établissements** \*, hors siège, mais qui est considéré comme tel : adresse(s) à mentionner ci-dessous. |

*\* : Un établissement est une unité décisionnaire et de gestion administrative ; c’est le lieu où se décident et s’organisent les activités OCR. L’établissement dispose impérativement d’un SIRET propre.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de site (\*)** | **SIRET** | **Adresse - CP - VILLE** | **Niveau 1** | | **Niveau 2** | | | | |
| **Médical** | | **Industrie** | | |
| **ROA** | **RON** | **SS** | **SNS** | **SS** | **SNS** | **Nuc** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) : Type de site : Siège ou Site Principal ; Etablissement principal ou Centre principal d’activité ; Etablissement

Pour le niveau 1, Secteur **ROA** : Rayonnements d’origine artificielle ; **RON** : Rayonnements d’origine naturelle

Pour le niveau 2, Option **SNS :** Sources Non Scellées **; SS :** Sources Scellées ; **NUC** : Nucléaire

# 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) :

|  |
| --- |
|  |

# 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 ?

|  |
| --- |
|  |

***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**

# Commentaires

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

|  |
| --- |
|  |

# Signature de la demande

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

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