



## DOSSIER DE DEMANDE INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR

N° de DOSSIER :

### 1. COORDONNEES DU DEMANDEUR

Nom de l'entreprise : .....

Forme juridique : .....

N° Siret : .....

Nom et prénom du responsable de l'entreprise : .....

Adresse du siège social : .....

.....

Tél. : ..... Tél. portable : ..... E-mail : .....

### 2. CERTIFICATION DEMANDEE

Activités concernées :

Application en prestation de service: hors traitement de semence	<input type="checkbox"/>
Application en prestation de service: traitement de semence en <b>unité mobile</b>	<input type="checkbox"/>
Application en prestation de service: traitement de semence en <b>unité industrielle</b>	<input type="checkbox"/>
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs professionnels	<input type="checkbox"/>
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs non professionnels	<input type="checkbox"/>
Conseil <b>stratégique</b> à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques	<input type="checkbox"/>
Conseil <b>spécifique</b> à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques	<input type="checkbox"/>
Conseil stratégique et/ou spécifique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques - <b>indépendance élargie</b>	<input type="checkbox"/>

Prestation demandée : Certification initiale  Surveillance  Renouvellement

Dans le cas d'une demande de transfert en surveillance ou renouvellement, veuillez vous référer au 6.

Certifications existantes dans l'entreprise et organisme certificateur (ex : HVE, GlobalGap, agriculture biologique...):

.....

Période d'audit souhaitée : .....

### 3. PERIMETRE DE CERTIFICATION DEMANDE

Activité	Nombre de sites	Nombres de personnes titulaires du certiphyto
Application en prestation de service: hors traitement de semence		
Application en prestation de service: traitement de semence en unité mobile		
Application en prestation de service: traitement de semence en unité industrielle		
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs professionnels		
Distribution de produits phytopharmaceutiques à des utilisateurs non professionnels		
Conseil stratégique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques		
Conseil spécifique à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques		

**Entreprise multi-sites**      **OUI**       **NON**

Si oui, compléter le questionnaire correspondant (annexe en pages 4 à 6)

### 4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

**Effectif\* de l'entreprise inférieur à 10 personnes :**  **OUI**       **NON**

Effectif total de l'entreprise (*Joindre un organigramme*) :

(*+répartition des effectifs par site le cas échéant*)

Effectif concerné par le périmètre de certification :

**Chiffre d'affaires annuel ou total de bilan inférieur à 2 millions d'euros :**  **OUI**       **NON**

*\* L'effectif correspond au nombre d'unités de travail par année (UTA), c'est-à-dire au nombre de personnes ayant travaillé dans l'entreprise considérée ou pour le compte de cette entreprise à temps plein pendant toute l'année considérée. Le travail des personnes n'ayant pas travaillé toute l'année, ou ayant travaillé à temps partiel, quelle que soit sa durée, ou le travail saisonnier, est compté comme fractions d'UTA. Les apprentis ou étudiants en formation professionnelle bénéficiant d'un contrat d'apprentissage ou de formation professionnelle ne sont pas comptabilisés dans l'effectif. La durée des congés de maternité ou congés parentaux n'est pas comptabilisée.*

## 5. MISE EN PLACE DU REFENTIEL DE CERTIFICATION

Date d'agrément initiale (pour les entreprises déjà agréées) : .....

Intervention d'organisme(s) extérieur(s) de conseil/formation pour l'obtention de la certification :

OUI

NON

Si OUI, compléter les informations suivantes :

Type de prestation

Organisme concerné

Formation

OUI  NON

Conseil

OUI  NON

Pré audit ou audit à blanc

OUI  NON

## 6. Transfert de certification

Si vous êtes déjà certifié en certification phyto et que vous souhaitez effectuer un transfert d'organisme de certification, merci de renseigner les informations suivantes (*joindre la copie du certificat en cours*) :

- Votre numéro d'agrément :
- Votre date de certification :
- Le dernier audit passé : initial – surveillance – renouvellement
- La date de votre dernier audit :
- Le nom de votre organisme certificateur actuel :

Je soussigné .....,  
responsable de l'entreprise.....,  
certifie exactes toutes les informations fournies dans le présent document

Je reconnais avoir pris connaissance et compris les exigences pour l'octroi de la certification décrites dans les modalités de certification des prestations de mise en vente, vente, de distribution à titre gratuit, d'application et de conseil de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques remises par OCACIA.

Je déclare que toute différence de compréhension entre OCACIA et moi-même a été résolue.

Date :.....Signature :.....

*Documents à joindre : arrêté d'agrément, organigrammes, liste avec adresse et n° de siret des différents sites en cas d'entreprise multi-sites*

**Questionnaire à compléter et à renvoyer pour l'établissement du devis à :**

**OCACIA**

**118 Rue de la Croix Nivert**

**75015 PARIS**

**E-mail : [certiphytosanitaire@ocacia.fr](mailto:certiphytosanitaire@ocacia.fr)**

**Tel : 01 56 56 60 50 / Fax : 01 56 56 60 51**

## ANNEXE

**Questionnaire à remplir par le demandeur d'une certification multi sites en vue de la détermination de l'échantillonnage et de la durée d'audit.**

### **Statuts de l'organisation multi-sites :**

Type d'organisation (exemple : réseau de franchisé, réseau d'agences, société de services multi-sites, société à branches multiples ....) :

1. Y a-t-il une « fonction centrale » identifiée ?:

OUI

NON

*Préciser la liste des activités planifiées, contrôlées ou gérées par cette « fonction centrale »*

2. Lien juridique entre les sites de l'organisation et la « fonction centrale » :

### **Activités de l'organisation multi-sites :**

3. L'organisation réalise-t-elle sur chaque site des produits ou services similaires ?:

OUI

NON

*Si non préciser l'activité de chacun des sites*

4. Le périmètre (=activité) de certification est-il le même pour tous les sites ?

OUI

NON

*Sinon préciser le périmètre de certification demandé de chacun des sites*

5. Y a-t-il des sites provisoires inclus dans le périmètre de certification ? (sites mis en place pour exécuter un travail spécifique ou un service pendant une période de temps définie et qui ne deviendra pas un site permanent, ex. : chantier) :

OUI

NON

*Lister les sites provisoires*

6. Activités et taille des sites inclus dans le périmètre de certification :

*Lister les sites, leur activité, la (les) activité(s) incluse(s) dans le périmètre de certification, leur taille, indiquer si la situation locale entraîne des écarts dans l'application de la réglementation*

Site	Activité / Processus	Activité incluse dans le périmètre	Taille (Nombre de salariés présent(s))	Ecart pour dans la mise en application locale de la réglementation

**Système de management de l'organisation multi-sites :**

7. Activité(s) gérés de façon centralisée:

*Préciser la liste des activités centralisées par site et les activités faisant l'objet d'une organisation propre à chacun des sites*

.....

.....

.....

8. Les sites appliquent-ils tous les mêmes procédures régissant les activités certifiées ?

OUI

NON

.....

.....

.....

9. Le système de gestion de la certification est-il structuré et administré de façon centrale ?

OUI

NON

.....  
.....  
.....

10. Les activités suivantes relatives à l'organisation sont-elles centralisées et contrôlées pour la fonction centrale et chacun des sites ?

<u>L'organisation est-elle en mesure de recueillir et analyser les données émanant de tous les sites et du bureau central notamment pour ?</u>		Commentaires :
La documentation et les modifications du système d'organisation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Les réclamations	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
L'évaluation des mesures correctives	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
La planification des audits internes et l'évaluation des résultats	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Les différentes exigences réglementaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Autres données :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'organisation a-t-elle l'autorité et la capacité à mettre en œuvre un changement organisationnel ?

11. Description de l'organisation et du contrôle des activités certifiées :

.....  
.....  
.....