

## SUIVI OPERATIONS DE SURVEILLANCE

- Surveillance 1<sup>ère</sup> année
- Surveillance entre le début de la 2<sup>ème</sup> année et la fin de la 6<sup>ème</sup> année

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre opération de surveillance, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner ce document, dûment complété et signé, comprenant :

- Une Attestation sur l'honneur
- Une Attestation de veille
- Un Etat de suivi des réclamations et plaintes clients
- L'Assurance professionnelle
- Un Etat des rapports réalisés

### **Rappel Réglementaire :**

**Conformément aux attentes réglementaires, la surveillance est composée des opérations suivantes :**

- Vérifier que la personne certifiée se tient à jour des évolutions techniques, législatives et réglementaires dans le domaine concerné notamment en s'assurant qu'elle a suivi la formation imposée.
- Vérifier que la personne certifiée exerce réellement l'activité pour laquelle elle a obtenu la certification au moyen de la fourniture par cette personne d'au moins 5 rapports sur les 12 derniers mois ou, s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance, 4 rapports depuis l'obtention de la certification.
- Vérifier que la personne certifiée est dûment assurée au sens du deuxième alinéa de l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation.
- Contrôler la conformité aux dispositions législatives, réglementaires, normatives ou bonnes pratiques professionnelles en vigueur d'un échantillon d'au moins 5 rapports établis par la personne certifiée depuis le début du cycle de certification, ou d'au moins 4 rapports s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance ; cet échantillon est sélectionné par l'organisme de certification et comporte au moins un rapport pour chacun des types de missions du domaine de diagnostic concerné, quand ce type de mission a été réalisé.

## Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),

NOM :

PRENOM :

N° de certifié(e) :

Opérateur en Diagnostics Immobiliers certifié(e) par LCC QUALIXPERT en :

(Cochez vos domaines de certifications)

Amiante

Plomb

Termites

DPE

Gaz

Electricité

Atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des renseignements et des rapports (voir pages suivantes) communiqués dans le cadre des opérations de surveillance ainsi que tout document complémentaire s'y rattachant.
- Exercer réellement l'activité pour laquelle j'ai obtenu ma certification conformément aux exigences réglementaires. (Établissement d'au moins 5 rapports sur les 12 derniers mois en recertification, et opération de surveillance ou s'il s'agit de l'opération initiale de surveillance ou d'un transfert de certification, 4 depuis l'obtention de la certification)
- Tenir à jour la liste de tous les rapports établis sous couvert de mes certifications et m'engage à la communiquer à LCC QUALIXPERT sur simple demande ainsi que les rapports correspondant à la liste susvisée, pendant 5 ans après leur date d'établissement.
- Tenir à jour un état de suivi des réclamations et plaintes me concernant dans l'usage de ma/mes certification(s). (Voir pages suivantes)
- Réaliser une veille technique, juridique et réglementaire des domaines pour lesquels je suis certifié(e) via les outils mentionnés dans le tableau ci-après.
- Etre informé du fait que toute fausse déclaration de ma part est susceptible d'entraîner le retrait de ma certification sans préavis.
- Etre informé du fait que le maintien de mes certifications dans le cadre des opérations de surveillance peut être sujet à des réserves et m'engager à les prendre en compte par le biais de mesures correctives.
- M'engager à notifier à LCC QUALIXPERT dans les meilleurs délais toute modification de ma situation professionnelle impactant le suivi de mon dossier administratif (changement de coordonnées, etc...)

Fait à

le

\*Signature du certifié(e) (obligatoire) :

\* En l'absence de votre signature ce document ne pourra être validé pour l'opération de surveillance.

## Attestation de veille

Actions / outils <small>(Les exemples donnés ci-dessous ne sont pas exhaustifs, cochez les cases correspondantes et complétez)</small>	Date	Domaines concernés <small>(Cochez le/les domaines concernés par chaque action)</small>					
		Amiante	Plomb	Termites	DPE	Gaz	Electricité
<input type="checkbox"/> Abonnement(s) revue(s) * <small>A préciser :</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abonnement(s) veille(s) * <small>A préciser :</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adhésion à une/des organisation(s) professionnelle(s) * <small>A préciser :</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Salon(s) professionnel(s) * <small>A préciser :</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre(s) * <small>A préciser :</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Pour les certifiés entre la 2<sup>ème</sup> année et la fin de la 6<sup>ème</sup> année</b></p> <input type="checkbox"/> Attestation de formation continue <small>Joindre obligatoirement l'attestation délivrée par un organisme de formation accrédité.</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>Si à ce jour, je n'ai pas effectué la formation continue obligatoire, je m'engage à la réaliser dans les délais impartis et à fournir à LCC Qualixpert dans les plus brefs délais l'attestation de formation correspondante.</small>							

**\* Joindre au minimum un justificatif au choix parmi toutes les actions cochées (facture, attestation....)**

## Etat de suivi des réclamations et plaintes clients

Répertoriez vos réclamations clients, depuis l'obtention de votre certification, dans le tableau ci-dessous :  
 (Si vous en avez eu, sinon cochez la case en bas de tableau)

(Il est rappelé que votre organisme de certification est susceptible d'avoir été informé de réclamations formulées)

DATE	RECLAMANT(S)	DOMAINE	MOTIF	REPONSE

Je certifie n'avoir eu aucune réclamation client depuis l'obtention de ma certification.

## Assurance professionnelle

Je certifie être dûment assuré au sens du deuxième alinéa de l'article L. 271-6 du code de la construction et de l'habitation dans le cadre de mon activité professionnelle, sous couvert de mes certifications Qualixpert.

### Etat des rapports réalisés

#### ATTENTION

Se reporter à la page 6 pour trouver les explications nécessaires au bon remplissage des différents tableaux ainsi que l'explication des rapports devant nous être communiqués

**Domaine AMIANTE:**

N° de rapport	Date	Type de mission (1)	Classe d'usage ou d'activité du bâtiment	Conclusion	
				Absence amiante	Présence amiante
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Type de missions amiante : repérage DAPP ou repérage pour constitution/MAJ DTA ou vente ou évaluation périodique ou démolition ou examen visuel ou RAT  
/!\ Les pré-rapports ne sont pas acceptés.

**Domaine PLOMB:**

*Pour les certifiés sans mention, seul le premier tableau est applicable.*

N° de rapport	Date	Type de mission (1)	Type de conclusion CREP, % d'UD			
			classe 0	classe 1	classe 2	classe 3
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CREP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de rapport	Date	Type de mission (1)	Type de Conclusion DRIPP		Type de Conclusion contrôle après travaux	
			Présence de revêtements dégradés...	Absence de revêtements dégradés...	Conformité des travaux	Non conformité des travaux
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Type de mission plomb : CREP ou DRIPP ou Contrôle après travaux

**Domaine TERMITES:** /!\ Les « Etats parasites » ne sont pas acceptés.

N° de rapport	Date	Type de Conclusion	
		Présence d'indices d'infestation...	Absence d'indices d'infestation...
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domaine DPE :**

N° de rapport	Date	Type de mission (1)	Type de locaux (2)	Méthode (3)	Classes	
					Energie	GES

(1) Type de mission DPE : vente ou location ou bât public ou neuf ou attestation neuf / existant

(2) Type de locaux : Maison individuelle, appartement, immeuble à usage principal d'habitation ou bâtiment à usage principal autre que d'habitation

(3) Type de méthode : consommation estimée, consommation relevée

**Domaine GAZ:**

N° de rapport	Date	Type de Conclusion, Anomalie(s)			
		Absence	A1	A2	DGI
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Domaine ELECTRICITE:**

N° de rapport	Date	Type de Conclusion	
		Présence d'anomalies	Absence d'anomalies
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Quand et Quels rapports envoyer ?

