



Rapporto di audit

Bureau Veritas Italia SpA

ISTITUTO
ISTRUZIONE
SUPERIORE
G.VALLAURI
Verifica di rinnovo
Certificazione -
remote 0,5gg

ISO 9001:2015

Data dell'audit:
26/05/25
Riferimento:
26499551/1-20908787593





INDICE

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE	3
2. INFORMAZIONE DELL'AUDIT	3
3. Riepilogo Rapporto d'Audit	4
4. RISULTATI DELL'AUDIT	5
5. NOTE DELL'AUDITOR	6
6. ALLEGATI	8

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE

NOME	ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI
INDIRIZZO	Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN, Italy
CONTATTO PRINCIPALE	Guido Manescotto
Email	guido.manescotto@vallauri.edu

2. INFORMAZIONE DELL'AUDIT

Tipo di Audit:	Verifica di rinnovo Certificazione - remote 0,5gg		
Accreditamenti:	ACCREDIA	n° siti: 2	n° dipendenti: 298
Sede principale:	ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI		
Data di inizio: 26/05/25	Data di fine audit 11/06/25	Durata (giorni): 3,5	
Criteri di audit (standard)	Scopo di Certificazione		
ISO 9001:2015	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.		

Oltre agli standard di cui sopra, i criteri di audit includono i processi definiti e la documentazione del sistema di gestione sviluppato dall'organizzazione.



3. Riepilogo Rapporto d'Audit

Raccomandazioni del Team Leader

Raccomandazione per la certificazione	Rilasciare la certificazione
Motivo del rilascio o della modifica del certificato	Audit di Rinnovo
Commenti sulla modifica dello scopo di certificazione	Durante l'audit abbiamo confermato che lo scopo della certificazione è appropriato.
È necessario il follow-up? No	

Non conformità minore	Non conformità maggiore	Opportunità di miglioramento
0	0	0

Conclusioni dell'audit

Dall'ultimo audit si sono verificati i seguenti cambiamenti che hanno influenzato il sistema di gestione dell'organizzazione:
E' stata preso in considerazione in modo giudicato adeguato quanto previsto da ISO 9001:2015/AMD 1:2024: Addition of Climate Change considerations to the Management Systems Standards: The changes (two new statements) will be incorporated into the new text of the Harmonized Structure (Appendix 2 of the Annex SL in the ISO/IEC Directives Part 1 Consolidated ISO Supplement) in merito ai cambiamenti climatici.

L'audit si basa su un processo di campionamento delle informazioni disponibili e i metodi di audit utilizzati sono stati interviste, osservazioni, campionamento delle attività e revisione della documentazione e delle registrazioni.

Efficacia delle azioni correttive degli eventi precedenti:

Durante questo audit non sono state riscontrate precedenti non conformità che richiedessero un'azione correttiva
L'organizzazione ha dimostrato un'efficace attuazione del proprio sistema di gestione in conformità agli standard.

- **Processo di audit interno:**

Auditor

Gli audit interni sono effettuati dal professor Guido Manescotto e dal prof. Stefano Cantoni.

Sono stati intervistati i seguenti process owners:

prof. Cavallotto Claudio

prof. Toselli Alessio

prof. Ruaro Carlo

prof.ssa Ghio Daniela

prof. Carle Fabrizio

prof.ssa Osella Vilma

prof.ssa Rocca Maria

prof. Torassa Danilo

prof. Giordanetto Alessandro

prof.ssa Servetti Debora

prof.ssa Bochicchio Mariangela

Preso visione della seguente documentazione:

M06_01_00_Programma_annuale_verifiche_interne_siqA_2024_2025

VII_2025

M 06.03_Verbal_verif_inter

Non si segnalano particolari criticità.

- **Processo di riesame della direzione:**

Il riesame emesso in data 07.11.2024 contiene altresì tutti gli elementi sia in ingresso che in uscita richiesti dalla Norma UNI EN ISO 9001: 2015.

PARTECIPANTI:

D.S.: dott. Cortese P.

CDS: prof.ssa Servetti D., prof. Barbero A.

FS: prof.ssa Bochicchio M., prof. Cavallotto C., prof.ssa Ghio D., prof. Giordanetto A., prof. Manescotto G., prof.ssa Osella V., prof. Ruaro C., prof. Toselli A..

RS: Benassi L., Carle F., Panero S., Servetti D., Torassa D..

DSGA: D'Agostaro Emma.

- **Capacità di soddisfare i requisiti applicabili e i risultati attesi:**

Il Sistema di Gestione per la Qualità è coerente ai requisiti della norma di riferimento ISO 9001:2015.

Gli obiettivi di audit come presentati nell'Appendice – Pianificazione dell'audit – sono stati raggiunti.

//

Utilizzo di marchi e loghi:

Durante l'audit è stato verificato che l'organizzazione abbia posto in essere un controllo efficace sull'uso dei marchi e dei loghi di accreditamento/certificazione.

Revisione delle prestazioni per il ciclo di certificazione attuale:

Il ciclo dell'ultimo triennio di certificazione NON ha evidenziato NC, solo alcune opportunità di miglioramento peraltro sempre prese in considerazione in modo giudicato adeguato da parte dell'Organizzazione.

Queste informazioni sono confidenziali e la loro diffusione è limitata al team di audit, all'organizzazione e all'ufficio Bureau Veritas Certification.

4. RISULTATI DELL'AUDIT

Best Practices

#	Processo	Descrizione
1	Miglioramento	Ottima identificazione degli obiettivi per la qualità ed eccellente capacità di rendicontazione, nel documento di riesame della direzione, con opportuni ed adeguati commenti a supporto degli stessi.

Pratiche in risola (se identificate)

//

5. NOTE DELL'AUDITOR

Nome del Sito:		SITO OPERATIVO		
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	26/05/25	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido Stefano Cantoni , Manescotto Guido Stefano Cantoni
Note				
Vedi Diario TL - Auditor				
Nome del Sito:		ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI		
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Contesto dell'Organizzazione	26/05/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Pianificazione	26/05/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Valutazione delle prestazioni	26/05/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Valutazione delle prestazioni	11/06/25	ISO 9001:2015	VTR, MRM	Manescotto Guido, Manescotto Guido Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario auditor				
Vedi diario TL - Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Leadership	11/06/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Pianificazione	11/06/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Supporto	11/06/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Contesto dell'Organizzazione	11/06/25	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido Stefano Cantoni
Note				
Vedi Diario auditor				



Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	11/06/25	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido Stefano : Cantoni
Note				
Vedi diario TL - Auditor				
Processi	Data	Standard	Auditor	Contatti
Miglioramento	11/06/25	ISO 9001:2015	VTR	Manescotto Guido
Note				
Vedi diario auditor				

6. ALLEGATI

COME RISPONDERE A UNA NON CONFORMITÀ SOLLEVATA DAI VALUTATORI DI BUREAU VERITAS?

Le non conformità descritte nel presente documento devono essere affrontate attraverso il processo di azione correttiva dell'organizzazione, in conformità con i requisiti di azione correttiva pertinenti dello standard di audit.

Di seguito sono riportati i requisiti di certificazione Bureau Veritas per:

- Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)
- Contenuto della risposta (b)

Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)

Le correzioni e le azioni correttive (se possibile) per affrontare le principali non conformità identificate devono essere eseguite immediatamente. L'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttivo, insieme a prove soddisfacenti dell'implementazione, devono essere presentati entro **90 giorni dall'ultimo giorno dell'audit, a meno che Bureau Veritas Certification e il cliente non concordino un periodo di tempo più lungo.**

La revisione delle non conformità viene effettuata attraverso la revisione desktop. Tuttavia, a seconda della gravità dei risultati, il nostro auditor può eseguire una visita di follow-up per confermare le azioni intraprese, valutarne l'efficacia e determinare se la certificazione può essere mantenuta o aggiornata.

Per una non conformità minore, l'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttiva devono essere approvati dal Team Leader e la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese deve essere eseguita durante l'audit successivo.

Si raccomanda al Cliente di fornire risposte tempestive per avere il tempo di effettuare ulteriori controlli, se necessario.

Per la ricertificazione, i termini per affrontare le non conformità saranno definiti dal team leader al fine di implementarli prima della scadenza della certificazione. Eventuali risposte alle non conformità sollevate possono essere in formato cartaceo o elettronico utilizzando il presente documento di riferimento (preferibile) e inoltrate all'ufficio di certificazione Bureau Veritas.

Contenuto della risposta di azione correttiva (b)

La risposta del cliente all'NC deve essere esaminata dal lead auditor in tre parti; analisi delle cause, correzione e azioni correttive.

Nell'esame di terza parte, il revisore cerca un piano e l'evidenza che il piano venga implementato.

Analisi delle cause principali

1. L'analisi non è semplicemente la ripetizione della risultanza, né la causa diretta del problema.
2. Un'analisi ben ponderata per determinare la vera causa principale: ad esempio, qualcuno non ha seguito un processo sarebbe la causa diretta; Determinare il motivo per cui qualcuno non ha seguito un processo porterebbe alla vera causa principale.
3. L'affermazione della causa principale deve concentrarsi su un singolo problema senza che rimangano domande evidenti sul perché.
4. Se si può ragionevolmente porre una domanda sul perché sull'analisi della causa principale, ciò indica che l'analisi non è stata approfondita.
5. Assicurarsi che la causa principale risponda alla domanda "Cosa nel sistema non è riuscito in modo tale da causare il problema?"
6. Incolpare il dipendente non sarà accettato come l'unica causa principale.
7. Risolvere i problemi con il processo e quale sistema di rilevamento non è riuscito.

Correzione

1. L'entità della non conformità è stata determinata (l'NC è stata corretta e il cliente ha esaminato il sistema per vedere se ci sono altri esempi che devono essere corretti). Assicurarsi che la correzione risponda alla domanda "Questo è un caso isolato o no?" in altre parole "C'è il rischio che ciò possa ripetersi nell'altro sito/reparto?"
2. Se la correzione non può essere immediata; un piano per correggere l'NC può essere appropriato (responsabile e data).
3. Evidenza che l'azione è stata apportata o prova che il piano è in fase di attuazione.

Azione correttiva

1. L'azione correttiva o il piano d'azione correttivo affronta le cause principali determinate nell'analisi delle cause principali. Se non è stata definita la vera causa principale, non è possibile impedire che il problema si ripeta.
2. Ai fini dell'accettazione del piano, esso deve includere:
 - azioni per affrontare le cause
 - l'individuazione dei soggetti responsabili delle azioni e
 - un programma (date) per l'attuazione.
 - Includi sempre una "modifica" al tuo sistema. La formazione e/o la pubblicazione di una newsletter non sono generalmente modifiche al tuo sistema.
3. Al fine di accettare la prova dell'attuazione:
 - a. Vengono fornite prove sufficienti per dimostrare che il piano venga attuato come indicato nella risposta (e nei tempi previsti).
 - b. Nota: non sono necessarie prove complete per chiudere l'NC; Alcune prove potrebbero essere esaminate durante un audit futuro durante la verifica delle azioni correttive.

Audit Report Stage 2

Revisione del sistema di gestione	Confome	Commenti
Efficacia del sistema di gestione nella sua interezza alla luce dei cambiamenti interni ed esterni e della sua continua pertinenza e applicabilità al campo di applicazione della certificazione	Sì	
Impegno dimostrato di mantenere l'efficacia e il miglioramento del sistema di gestione al fine di migliorare le prestazioni globali	Sì	
Efficacia del sistema di gestione per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi del cliente certificato e i risultati previsti del rispettivo sistema di gestione.	Sì	
Gli audit interni sono pianificati e almeno un round completo di audit è stato eseguito su tutti i siti sotto campo di certificazione.	Sì	Audit interni pianificati in data 20.11.2024 ed eseguiti nelle seguenti date: 13,14,19,20,21,23 maggio 2025 ed adeguatamente documentati.

Le recensioni di gestione sono pianificate e almeno una riunione di revisione ha avuto luogo.	SI	L'ultimo riesame della DG ha avuto luogo in data 07.11.2024 ed è stato considerato adeguato e coerente a quanto previsto dalla Norma UNI EN ISO 9001: 2015
Revisione delle precedenti relazioni di audit di sorveglianza	SI	Il precedente audit di sorveglianza aveva visto l'emissione di una opportunità di miglioramento, presa in considerazione in modo giudicato adeguato da parte dell'Organizzazione.
Prestazioni del sistema di gestione sul ciclo di certificazione più recente	SI	Il triennio precedente non ha evidenziato NC, solo alcune opportunità di miglioramento sempre prese in considerazione dall'Organizzazione.

Revisione completata il:26/05/2025

PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT

Obiettivi dell'audit

1. confermare che il sistema di gestione sia conforme a tutti i requisiti della norma di riferimento;
2. confermare che l'organizzazione abbia efficacemente realizzato ciò che ha pianificato;
3. confermare che il sistema di gestione sia in grado di soddisfare le politiche e gli obiettivi dell'organizzazione e valutare la capacità del sistema di gestione di garantire che l'organizzazione cliente soddisfi i requisiti applicabili di natura legale, regolamentare e contrattuale;
4. per quanto applicabile, identificare le aree per il potenziale miglioramento del sistema di gestione

Il SGQ deve riguardare almeno quanto segue:

- a) le informazioni e le evidenze circa la conformità a tutti i requisiti della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo
- b) il monitoraggio, la misurazione, la rendicontazione e il riesame delle prestazioni, con riferimento agli obiettivi ed ai traguardi fondamentali delle prestazioni stesse (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo)
- c) il sistema di gestione del cliente e le prestazioni con riferimento al rispetto delle prescrizioni legali
- d) la tenuta sotto controllo dei processi del cliente
- e) gli audit interni e il riesame da parte della direzione
- f) la responsabilità della direzione per le politiche del cliente
- g) i collegamenti fra i requisiti normativi, la politica, gli obiettivi ed i traguardi delle prestazioni (coerentemente alle attese della norma del sistema di gestione applicabile o di altro documento normativo), tutte le prescrizioni legali applicabili, le responsabilità, la competenza del personale, le attività, le procedure, i dati di prestazioni e le risultanze e le conclusioni degli audit interni

Requisiti generali e di conformità legale

NORMATIVE COGENTI

DL 81/2W008; REG. UE 679/2016;
DLGS 152/2006; UN ELENCO ESAUSTIVO DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO E' RIPORTATO ALL'INTERNO DEL MANUALE, NEL CAPITOLO RELATIVO ALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.

È stata visionata la domanda presentata alla provincia di Cuneo in data 21.11.2024 al fine del rinnovo del CPI Allegato frontespizio del documento e pagina finale con evidente il protocollo identificativo univoco.

Team Leader:	MASSIMILIANO REBAUDENGO - MRM
Team member:	VALTER FORMISANO - VTR

Nome del sito				
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI				
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor	Commenti
26/05/25	1° Giorno dell'audit	9K		
09:00	Riunione di apertura		VTR	Auditor Formisano in collegamento da remoto
10:00	Contesto dell'Organizzazione	4.1, 4.2, 4.3, 4.4	VTR	Auditor Formisano in collegamento da remoto
11:00	Pianificazione	6.1, 6.2, 6.3	VTR	Auditor Formisano in collegamento da remoto
12:00	Valutazione delle prestazioni	9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3	VTR	Auditor Formisano in collegamento da remoto
13:00	Fine di 1° giorno di revisione			

Nome del sito				
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI				
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor	
11/06/25	2° Giorno dell'audit	9K		
09:00	Riunione di apertura		MRM, VTR	
10:00	Leadership	5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3	VTR	
10:00	Valutazione delle prestazioni	8.7, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3	MRM	
11:00	Pianificazione	6.1, 6.2, 6.3	VTR	
12:00	Supporto	7.1, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.6, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.3.1.1, 7.5.3.1.2, 7.5.3.2.1, 7.5.3.2.2, 7.5.3.2.3, 7.5.3.2.4, 7.5.3.2.6, 7.5.3.2.7, Uso di marchi e/o riferimenti alla certificazione	VTR	

Nome del sito		ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI	
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
13:00	Pausa		MRM, VTR
14:00	Contesto dell'Organizzazione	4.1, 4.2, 4.3, 4.4	MRM
14:00	Valutazione delle prestazioni	9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3	VTR
15:00	Miglioramento	10.1, 10.2, 10.3	VTR
15:00	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	7.1, 7.1.5, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.3, 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5, 8.3.6, 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6	MRM
16:00	Tempo stesura report		MRM, VTR
17:00	Riunione di chiusura		MRM, VTR
18:00	Fine di 2° giorno di revisione		
Nome del sito		SITO OPERATIVO	
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
26/05/25	1° Giorno dell'audit		
09:00	Riunione di apertura		MRM
10:00	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6	MRM
13:00	Pausa		MRM
14:00	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6	MRM
17:30	Riunione di feedback		MRM
18:00	Fine di 1° giorno di revisione		
Data di preparazione del piano di audit		12/05/2025	

Riunioni

Riunione di apertura (Partecipanti)		
Designazione	Nome	Ruolo
Contatto cliente	Guido Manescotto	Docente - RGQ
Team Audit	MASSIMILIANO REBAUDENGO	Team Leader
Contatto cliente	Paolo Cortese	Dirigente scolastico
Altri	Stefano Cantoni	Docente di Meccanica e macchine e Assistente RGQ
Team Audit	VALTER FORMISANO	Membro della squadra
Riunione di chiusura (Partecipanti)		
Designazione	Nome	Ruolo
Contatto cliente	Guido Manescotto	Docente - RGQ
Team Audit	MASSIMILIANO REBAUDENGO	Team Leader
Team Audit	VALTER FORMISANO	Membro della squadra

SF03 RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT PER STANDARD ISO 9001:2015

RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT PER ISO 9001:2015		Processo/Attività/Dipartimento					Totale NCR
PUNTI NORMA	DESCRIZIONE	Contesto dell'Organizzazione	Leadership	Pianificazione	Supporto	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	
						Miglioramento	
						Valutazione delle prestazioni	
						Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	
4.1	Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	X					
4.2	Comprendere i bisogni e le aspettative delle parti interessate	X					
4.3	Determinare il campo di applicazione di applicazione del sistema di gestione per la qualità	X					
4.4	Sistema di gestione per la qualità e suoi processi	X					
5.1	Leadership e impegno		X				
5.1.1	Leadership e impegno - Generalità		X				
5.1.2	Orientamento al cliente		X				
5.2	Politica per la qualità		X				
5.2.1	Stabilire la politica per la qualità		X				
5.2.2	Comunicare la politica per la qualità		X				
5.3	Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione		X				
6.1	Azioni per affrontare rischi e opportunità			X			
6.2	Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento			X			
6.3	Pianificazione dei cambiamenti			X			
7.1	Risorse				X		
7.1.1	Risorse - Generalità				X		
7.1.2	Persone				X		
7.1.3	Infrastrutture				X		
7.1.4	Ambiente per il funzionamento dei processi				X		
7.1.5	Risorse per il monitoraggio e la misurazione				X		
7.1.6	Conoscenza organizzativa				X		
7.2	Competenza				X		
7.3	Consapevolezza				X		
7.4	Comunicazione				X		
7.5	Informazioni documentate				X		
7.5.1	Informazioni documentate - Generalità				X		
7.5.2	Creazione e aggiornamento				X		



9.1.2	Soddisfazione del cliente								X	
9.1.3	Analisi e valutazione								X	
9.2	Audit interni								X	
9.2.2	Programma di audit interni								X	
9.3	Riesame della direzione								X	
9.3.1	Riesame della direzione - Generalità								X	
9.3.2	Input al riesame della direzione								X	
9.3.3	Output del riesame della direzione								X	
10.1	Miglioramento - Generalità									X
10.2	Non conformità e azioni correttive									X
10.3	Miglioramento continuo									X
Uso di marchi	e/o riferimenti alla certificazione							X		
Totale										0

Non applicabile

Giustificazione di non applicabilità

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO

ISO 9001:2015 - ACCREDIA - Italiano

Sede principale	ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI	
Indirizzo	Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN, Italy	
Scopo	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	
Nome del Sito	Indirizzo	Scopo
ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI	Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN, Italy	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.
SITO OPERATIVO	Via S. Giovanni Bosco, 29 , FOSSANO, 12045, CN3, Italy	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.