



CICPND SERVIZI S.R.L.
SOCIETA' A RESPONSABILITA'
LIMITATA CON UNICO SOCIO

Via C. Pisacane, 46
20025 Legnano MI
Tel. +39 0331 545600
Fax +39 0331 543030

Web: www.cicpndservizi.com
E-mail: segreteria@cicpndservizi.com
amministrazione@cicpndservizi.com
certificazione@cicpndservizi.com
qualita@cicpndservizi.com
Casella PEC: info@pec.cicpndservizi.com
C.F. e P.I. 08439360960
C.C.I.A.A. di Milano R.E.A. n° 2026983



PRS N° 012C
SGQ N° 064A

Membro degli Accordi di Mutuo Riconoscimento EA, IAF e ILAC
Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual Recognition Agreement

DOMANDA DI AMMISSIONE AGLI ESAMI DI CERTIFICAZIONE DI LIVELLO 3

Il Sottoscritto (nome e cognome)
nato a (Prov.) il
ed abitante in Via (c.a.p.)
(città) (Prov.) Tel.
e-mail

chiede

l'ammissione agli esami di certificazione al livello 3 secondo norma UNI EN ISO 9712 e Regolamento
CICPND SERVIZI SRL n° 60 nei metodi seguenti:

RT	Settori.	UT	Settori.....
MT	Settori.	PT	Settori.....
ET	Settori.	LT	Settori.....
VT	Settori.....	AT	Settori.....
TT	Settori.....	ST	Settori.....
GT	Settori.....		

A tale scopo:

1) dichiara di possedere il seguente titolo di studio (allegare copia documento):
.....

2) dichiara di appartenere alla Società seguente:
.....
indirizzo: (Via) (c.a.p.)
(città) (Prov.) Tel.

3) dichiara di essere certificato al livello 2 per i metodi richiesti (allegare copia dei relativi
certificati) o di avere superato l'esame pratico di livello 2 (allegare relativa attestazione)

4) fornisce dimostrazione del versamento della quota di partecipazione agli esami e chiede di
intestare la fattura a:
Codice Fiscale Partita IVA
Codice SDI



5) fornisce le indicazioni seguenti:

a) RIEPILOGO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

N° Progr.	Periodo			Società (nome e indirizzo)	Descrizione delle attività
	da	a	mesi		

b) ESPERIENZE DI LAVORO QUALIFICANTEThis image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

Può essere allegata una eventuale nota contenente elementi aggiuntivi.

c) CORSI DI SPECIALIZZAZIONE O ALTRI CORSI ED ESAMI AGGIUNTIVI AL TITOLO DI STUDIO (IN PARTICOLARE QUELLI RELATIVI ALLE PND)
(Allegare documentazione anche in fotocopia)

Tipo di corso	Durata		Nome e indirizzo dell'Istituto
	da	a	

d) CORSI TENUTI DAL RICHIEDENTE PER ISTRUZIONE O ADDESTRAMENTO DI PERSONALE
(Allegare programma dettagliato)

Data	Tipo di corso	Ore		Nome e indirizzo dell'Ente presso il quale è stato tenuto
		Teoria	Pratica	

e) QUALIFICHE PROFESSIONALI ESTERNE ALL'AZIENDA DI APPARTENENZA
(Assegnazione di cattedra, incarico di insegnamento, esercizio di libera professione, iscrizione all'albo, ecc.)

Qualifica	Ente

f) APPARTENENZA AD ASSOCIAZIONI - GRUPPI DI LAVORO - COMMISSIONI

Organizzazione (nome e indirizzo)	Titolo di appartenenza	Anni appartenenza

g) PUBBLICAZIONI NEL CAMPO DELLE PND
(Allegare elenco e copia o sintesi esplicativa)

Data	Titolo della pubblicazione	Estremi della pubblicazione

h) METODI PER I QUALI INTENDE SOSTENERE L'ESAME DI CONOSCENZA GENERALE DI LIVELLO 2

--

i) NORMATIVE DI COMUNE IMPIEGO

6) Accetta e controfirma le clausole seguenti:

a) Accettazione e rispetto delle regole di comportamento professionale

Il sottoscritto si impegna all'atto della presentazione di questa richiesta ad accettare e osservare le regole di comportamento professionale (Allegato 1)

b) Accettazione del giudizio e di sgravio responsabilità

Il sottoscritto si impegna all'atto della presentazione di questa richiesta ad accettare il giudizio insindacabile della Commissione d'Esame e a manlevare CICPND SERVIZI SRL e la Commissione da ogni responsabilità su eventuali conseguenze derivanti dal giudizio stesso.

c) Accettazione di quanto prescritto nel Regolamento Doc, 60/A

Il Regolamento Doc. 60/A può essere scaricato, nell'ultima revisione, dal sito www.cicpndservizi.com.

Allegati

Attestato di idoneità fisica come richiesto al punto 7.1 del Regolamento.

Curriculum dettagliato sull'attività svolta nei CND.

Dichiarazione dettagliata sull'esperienza acquisita per ciascun metodo: data d'inizio e termine delle varie esperienze, nominativo della Società presso la quale si è compiuta l'esperienza. La dichiarazione deve essere firmata dal datore di lavoro.

Attestazione dell'addestramento o preparazione effettuata.

Certificati di livello 2 o attestazioni del buon esito degli esami pratici di livello 2.

Copia del Titolo di studio.

Dichiarazione di consenso per la tutela della riservatezza (allegata).

Una fotografia a colori (jpg).

Tale dichiarazione è stata emessa, nella consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi così come richiamato nell'ART. 76 D.P.R. 445/28.12.2000.

Data

Firma



CICPND SERVIZI S.R.L.
SOCIETA' A RESPONSABILITA'
LIMITATA CON UNICO SOCIO

Via C. Pisacane, 46
20025 Legnano MI
Tel. +39 0331 545600
Fax +39 0331 543030

Web: www.cicpndservizi.com
E-mail: segreteria@cicpndservizi.com
amministrazione@cicpndservizi.com
certificazione@cicpndservizi.com
qualita@cicpndservizi.com
Casella PEC: info@pec.cicpndservizi.com
C.F. e P.I. 08439360960
C.C.I.A.A. di Milano R.E.A. n° 2026983



PRS N° 012C
SGQ N° 064A

Membro degli Accordi di Mutuo Riconoscimento EA, IAF e ILAC
Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual Recognition Agreement

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E DELL'ART. 14 REG. EUROPEO 679/2016 (GDPR)

Gentile Cliente,
per l'instaurazione e l'esecuzione dei rapporti contrattuali di cui è o sarà parte o per la prestazione dei servizi resi da CICPND SERVIZI SRL, la stessa verrà in possesso e tratterà i Suoi dati qualificati come "personali" dal regolamento europeo 679/2016 e dal D. Lgs. 196/2003 come successivamente modificato dal D. Lgs 101/2018. E' possibile consultare l'informativa completa sul nostro sito www.cicpndservizi.com

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO Ai sensi dell'art. 7 Gdpr

Io sottoscritto Codice fiscale:

- acconsento che la Società ponga in essere le attività sopra descritte nella presente informativa, ed in particolare:

➤ che la Società tratti i miei dati particolari di tipo sanitario (referti medici oculistici) per permettere a quest'ultima di rilasciarmi la certificazione richiesta:

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

➤ che la Società comunichi /trasferisca i miei dati personali (in particolare la certificazione) alla azienda cui presto/ho prestato la mia attività professionale e lavorativa:

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

➤ che la Società tratti i miei dati personali di contatto per l'invio di comunicazioni di tipo promozionale e/o commerciale e/o newsletter e a tal fine espressamente:

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

➤ che la Società tratti i miei dati personali relativi alla mia certificazione ai fini di pubblicazione in riviste specializzate:

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

➤ che la Società tratti i miei dati personali relativi alla mia certificazione ai fini di pubblicazione sulla banca dati Accredia:

☐ Presto il consenso ☐ Nego il consenso

Luogo e data

Cognome Nome

Firma

.....

.....

.....

