



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 CERTIFICAZIONE ED ESTENSIONE DI LIVELLO 1,2 E 3
per personale addetto alla Protezione Catodica

Il Sottoscritto
nato a il
residente in cap.
via tel.
e-mail C.F./P.IVA.....

CHIEDE

di essere ammesso agli Esami di Certificazione/Estensione, in conformità alla Norma UNI EN ISO 15257 ed al Regolamento CICPND SERVIZI n°83, nei seguenti metodi e settori:

☐	T	Liv. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐	M	Liv. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐	C	Liv. ☐ 1	☐ 2	☐ 3
☐	I	Liv. ☐ 1	☐ 2	☐ 3

presso il Centro d'Esame

DICHIARA

di appartenere alla Società:
via cap.
città prov. tel.
referente Sig.:tel.
mail:
di intestare la fattura a:**Codice SDI**
codice fiscale partita IVA

di essere in possesso nel campo della Protezione Catodica delle seguenti qualificazioni o certificazioni:

di possedere il seguente titolo di studio

che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità e di accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND SERVIZI n° 83 visionabile sul sito www.cicpndservizi.com e relative condizioni economiche proposte per il servizio specifico.



Si allegano:

Attestato di addestramento.

Diario del corso

Dichiarazione dettagliata dell'esperienza conseguita in ciascun periodo, completa della data d'inizio e di termine delle varie esperienze, nominativo della Società presso la quale si è compiuta l'esperienza. La dichiarazione deve essere firmata dal datore di lavoro o dal livello 4 o 3 che ha fatto da guida per i lavoratori autonomi. Tale dichiarazione emessa su carta intestata dell'azienda dovrà riportare la seguente frase "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".

Eventuale certificazione precedentemente ottenuta.

Titolo di studio in copia.

Fotografia formato tessera a colori (formato digitale jpg).

Data

Firma candidato

**RIESAME TECNICO (a cura del Centro Esami)*

A seguito della verifica dei pre requisiti soprariportati, ai sensi della Norma UNI EN ISO 15257 e del Regolamento CIPND SERVIZI n°83, è stata accolta la richiesta di ammissione all'esame.

Spazio riservato per eventuali note integrative

Data

Firma Centro Esami

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 CIPND 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.cipndservizi.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