



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 RINNOVO E RICERTIFICAZIONE DI LIVELLO 1, 2, 3 E 4 per personale addetto alla Protezione Catodica

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

CHIEDE ☐ il Rinnovo ☐ la Ricertificazione c/o Centro d'Esame

della/e Certificazione/i secondo Norma UNI EN ISO 15257 ed al Regolamento CICPND SERVIZI SRL n° 83 nei seguenti metodi e settori:

☐	T	Cert. n°	Scadenza	Liv. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐	M	Cert. n°	Scadenza	Liv. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐	C	Cert. n°	Scadenza	Liv. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
☐	I	Cert. n°	Scadenza	Liv. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

DICHIARA

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

Referente aziendale della pratica Sig.:
mail: tel.

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.

Vengono allegati i seguenti documenti:

- ☐ Attestazione di aver frequentato con profitto un corso di aggiornamento completa di diario del corso firmato dal livello 4, con il numero di ore, gli argomenti e il nome dei docenti.
- ☐ Dichiarazione di continuità lavorativa, Allegato A, firmata dal datore di lavoro.
- ☐ Una fotografia formato tessera a colori (formato digitale jpg).





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

- ☐ Copia/e certificazione/i in scadenza.
- ☐ SOLO per la Ricertificazione Liv. 4 a punteggio – compilare modulo specifico.

Data

Firma Candidato

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

.....

**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 CICPND SERVIZI n° 83, è stata accolta la richiesta di ammissione all'esame.

Spazio riservato per eventuali note integrative

Data

Firma Centro Esami



Allegato A

(Dichiarazione di Continuità Lavorativa)

Si dichiara che il/la Sig./ra
nato/a a il
certificato/a nei metodi e settori.....
nel/i periodo/i dal al

- a) E' in possesso della continuità lavorativa richiesta al punto 13 del Regolamento.
- b) Ha ottemperato alla visita oculistica annuale.
- c) E' in possesso di un registro per i reclami o ricorsi ricevuti dai clienti (eventuale numero di reclami ricevuti n° da allegare in copia).
- d) La documentazione rilasciata è conforme alle procedure aziendali.
- e) Si mantiene aggiornato sui metodi certificati.

Eventuali osservazioni :
.....
.....

Eventuali osservazioni e/o suggerimenti circa il livello di soddisfazione delle Vs Certificazioni del Personale CICIPND SERVIZI SRL:
.....
.....

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

IL DATORE DI LAVORO
(Timbro e firma leggibile)