



**DOMANDA DI RINNOVO E RICERTIFICAZIONE DI LIVELLO 1, 2 E 3
DELLA CERTIFICAZIONE CONTROLLI METALLOGRAFICI**

Il Sottoscritto (nome e cognome).....
nato a il
residente in cap.
via tel.
e-mail C.F.....

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

della/e Certificazione/i secondo Norma UNI 11373 ed al Regolamento CICPND n° 285 nei seguenti metodi e settori:

- | | | | | | |
|--------------------------|----|----------------|----------------|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> | LF | Cert. n° | Scadenza | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> | LL | Cert. n° | Scadenza | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> | LR | Cert. n° | Scadenza | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> | RE | Cert. n° | Scadenza | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |

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
che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità e di accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 285 visionabile sul sito www.cicpnd.it e relative condizioni economiche proposte per il servizio specifico.

Vengono allegati i seguenti documenti:

- Certificato di acutezza visiva: acutezza visiva da vicino con carattere Jaeger I o Times Roman 4,5, o caratteri equivalenti (con un'altezza di 1,6 mm), a una distanza non minore di 30 cm con uno o entrambi gli occhi, con o senza correzione; capacità di distinguere e differenziare il contrasto tra i colori e le sfumature di grigio utilizzati nel metodo PND
- Dichiarazione di continuità lavorativa, Allegato A, firmata dal datore di lavoro.
- Una fotografia formato tessera a colori (formato digitale jpg).
- Copia/e certificazione/i in scadenza.
- SOLO per la Ricertificazione Liv. 3 a punteggio – compilare modulo specifico.





CICPND
CENTRO ITALIANO
DI COORDINAMENTO
PER LE PROVE NON DISTRUTTIVE

Via C. Pisacane, 46
 20025 Legnano MI
 PEC: info@pec.cicpnd.it
 C.F. e P.I. 09510020150

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, 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.cicpnd.it.

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 11373 e del Regolamento CICPND n° 285, 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 CICPND:

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)

