



**DOMANDA DI CERTIFICAZIONE/ESTENSIONE LIVELLO 1 E 2
DELLA CERTIFICAZIONE CONTROLLI METALLOGRAFICI**

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

CHIEDE

di essere ammesso agli Esami di Certificazione/Estensione secondo Norma UNI 11373 ed al Regolamento CICPND n° 285, nei seguenti metodi e settori:

- | | | | |
|--------------------------|----|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> | LF | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | LL | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | LR | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | RE | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |

presso il Centro d'Esame

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.

- di essere in possesso della certificazione di livello 1 o 2 per i seguenti metodi e settori:

- | | | | |
|--------------------------|----|---------------|--|
| <input type="checkbox"/> | LF | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | LL | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | LR | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | RE | Settori | Liv. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |

- di possedere il seguente titolo di studio
- che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità, di accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 285 e le regole di comportamento professionali visibili sul sito www.cicpnd.it e relative condizioni economiche proposte per il servizio specifico.

Si allegano:

Una copia del diario di ciascun corso di addestramento al quale ha partecipato firmato dal livello 3 responsabile.

Certificato di acutezza visiva: acutezza visiva da vicino con carattere Jaeger1 o Times Roman 4,5, o caratteri equivalenti, 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 o le sfumature di grigio utilizzati nel metodo PND in questione come specificato dal datore di lavoro.

Dichiarazione del datore di lavoro dell'esperienza conseguita per ciascun metodo e settore di applicazione, completa della durata richiesta.

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".

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 del Regolamento CICPND n° 285, 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 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

.....