



**DOMANDA DI CERTIFICAZIONE-RINNOVO-RICERTIFICAZIONE AD ESAMI DI LIVELLO 1 E 2  
SECONDO NORMA UNI EN ISO 9712: 2022 LINEE GUIDA ANSFISA 03-03-2023  
E REGOLAMENTO CICPND 60/B**

Cognome ..... Nome .....  
Codice Fiscale ..... Documento d'Identità n° .....  
Nato a ..... Prov. .... il .....  
Residente in Via ..... Cap. ....  
Città ..... Prov. ....  
Telefono ..... E-mail .....

**CHIEDE**

<input type="checkbox"/> Certificazione	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Ricertificazione	<input type="checkbox"/> Estensione
<input type="checkbox"/> Trasferimento da altro OdC .....			
LIVELLO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
Presso Centro d'Esame .....			

**PER I METODI SEGUENTI**

<input type="checkbox"/> RT	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> UT	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> UT/PA	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> MT	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> PT	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> ET	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I
<input type="checkbox"/> VT	Sotto settori:	<input type="checkbox"/> MF/Rot/A	<input type="checkbox"/> MF/Rot/B	<input type="checkbox"/> MF/I

**DICHIARA**

• Di appartenere alla Società (Sede Operativa) .....

Via ..... Cap. ....

Città ..... Prov. .... Tel. ....

Referente Sig.: ..... Tel. ....

Mail: .....

Intestare fattura a alla Società (Sede Legale): ..... Codice SDI .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA .....

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

- Di possedere il seguente titolo di studio .....
- Accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 60/B e nelle Regole di Comportamento Professionale, Documento n° 431, visionabili sul sito [www.cicpnd.it](http://www.cicpnd.it).
- Che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità 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.

Si allegano:

- Una copia del diario di ciascun corso di addestramento effettuato in un CdA approvato e firmato dal livello 3 responsabile.
- Certificato di acutezza visiva: acutezza visiva da vicino con carattere Jaeger1 o Times Roman4,5, 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.
- Fotografia formato tessera a colori (formato digitale jpg).
- Esclusivamente per richieste di Certificazione ed Estensione:** Dichiarazione dell'esperienza conseguita per ciascun metodo redatta dal CA, controfirmata dal datore di lavoro ed integrata con il piano d'istruzione ed il registro/diario come indicato al punto B7.3.1 delle Linee Guida ANSFISA.  
Tale dichiarazione 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". – *Vedi modulistica allegata*
- Esclusivamente per richieste di Rinnovo ed Ricertificazione:** Dichiarazione del datore di lavoro della sussistenza dei requisiti di cui al punto B9.3, tale dichiarazione dovrà essere controfirmata dal livello 3 settore MF responsabile.  
Tale dichiarazione 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". – *Vedi modulistica allegata*

**➔** SOLO per Trasferimenti:

Si dichiara, inoltre, che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità, di non avere pendenze tecnico/economiche nei confronti dell'OdC cedente, 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.

Si allegano anche:

- Evidenza di pre-requisiti d'esame (addestramento e dell'esperienza industriale) e dettaglio sulla modalità di esame effettuato. In assenza, tale documentazione dovrà essere autodichiarata dal candidato.
- Copia certificazione/i in corso di validità (emesso da altro Organismo accreditato).

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 9712 Linee Guida ANSFISA e del Regolamento CICPND n° 60/B, è stata accolta la richiesta di ammissione all'esame.*

*Spazio riservato per eventuali note integrative .....*

Data .....

Firma Centro Esami .....



**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



PRS N° 012C  
 MS 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, 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 ww.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

*Le scelte non compilate saranno considerate come NON accettate.*

Luogo e data

Cognome Nome

Firma

.....



**DICHIARAZIONE DI ESPERIENZA INDUSTRIALE MF**  
**Solo per Certificazione/Estensione**

Io sottoscritto, in qualità di Coordinatore Aziendale .....

**DICHIARO CHE**

il/la Sig./ra .....

nato/a a ..... il .....

ha maturato un'esperienza nel metodo/i.....di n°.....giorni, così come richiesto nei requisiti al Par.7.3 della UNI EN ISO 9712 e punto B7.3 delle Linee Guida ANSFISA.

- Si allega diario delle attività svolte.

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	Timbro e Firma leggibile CA	Timbro e Firma leggibile Datore di Lavoro
------	-----------------------------	---

**DICHIARAZIONE DI CONTINUITA' LAVORATIVA MF**  
**Solo per Ricertificazione/Rinnovo/Trasferimento**

Io sottoscritto ..... Datore di Lavoro della Società .....

**DICHIARO CHE**

il/la Sig./ra .....

nato/a a ..... il .....


certificato/a nei metodi e settori .....

nel/i periodo/i dal ..... al .....

A) è in possesso della continuità lavorativa, senza interruzioni lavorative non compensate, in accordo al punto B9.3.4 delle Linee Guida ANSFISA

B) è stato sottoposto ad azioni di monitoraggio ed aggiornamento secondo quanto previsto dalla procedura ..... sotto la supervisione e responsabilità del Coordinatore liv. 3 in MF – Sig .....

C) ha ottemperato alla visita oculistica annuale

 **A conferma della continuità operativa sopra riportata sono richieste evidenze oggettive del mantenimento annuale**

Timbro/Firma Coordinatore Liv. 3 MF .....

Timbro/Firma Datore di Lavoro .....

Data .....

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.