



**DOMANDA PER TRASFERIMENTO CERTIFICAZIONI DI LIVELLO 1, 2 e 3
SECONDO NORMA UNI EN ISO 9712: 2022 LINEE GUIDA ANSFISA 03-03-2023
E REGOLAMENTO CICPND 60/B**

Cognome Nome

Codice Fiscale

Nato a Prov. il

Residente in Via Cap.

Città Prov.

Telefono E-mail

PER I METODI SEGUENTI

METODO/I	NUMERO CERTIFICATO ED ENTE CERTIFICANTE	LIVELLO
<input type="checkbox"/> RT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> UT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> UT/PA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> MT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> ET	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

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

- Accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 60/B e nelle Regole di Comportamento Professionale, Documento n° 431, visionabili sul sito www.cicpnd.it.
- 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:

- Dichiarazione di continuità lavorativa del datore di lavoro per ciascun metodo e settore di applicazione. – *Vedi modulistica allegata*
- 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).
- 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

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

Le scelte non compilate saranno considerate come NON accettate.

Luogo e data

Cognome Nome

Firma

.....

.....

.....

DICHIARAZIONE DI CONTINUITA' LAVORATIVA MF

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.