



**DOMANDA PER CERTIFICAZIONE-RINNOVO-RICERTIFICAZIONE AD ESAMI DI LIVELLO 3
SECONDO NORMA UNI EN ISO 9712 E REGOLAMENTO CICPND 60/A**

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"/> Trasferimento da altro OdC (Rinnovo/Ricertificazione)		

PER I METODI SEGUENTI

MODULO DI BASE	
<input type="checkbox"/>	MODULO BASE
<input type="checkbox"/>	RT <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Altro.....
* Indicare 4 metodi a scelta (almeno 1 Metodo volumetrico)	
MODULI DI METODO	
<input type="checkbox"/>	RADIOGRAFIA (RT-FD) <input type="checkbox"/> Radiografia Film RT-F <input type="checkbox"/> Radiografia Digitale RT-D <input type="checkbox"/> Radioscopia RT-S <input type="checkbox"/> Tomografia Computerizzata Assiale RT-CT
<input type="checkbox"/>	ULTRASUONI (UT) <i><u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u></i> <input type="checkbox"/> Phased Array UT-PA <input type="checkbox"/> Tofd UT-TOFD
<input type="checkbox"/>	PARTICELLE MAGNETICHE (MT) <i><u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u></i> <input type="checkbox"/> Perdita di Flusso MT-FL
<input type="checkbox"/>	LIQUIDI PENETRANTI (PT)
<input type="checkbox"/>	CORRENTI INDOTTE (ET)
<input type="checkbox"/>	RILEVAZIONE DI FUGHE (LT) <i><u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u></i> <input type="checkbox"/> Metodo a Pressione LT-P <input type="checkbox"/> Metodo del Gas Tracciante LT-TG
<input type="checkbox"/>	VISIVO (VT)
<input type="checkbox"/>	EMISSIONE ACUSTICA (AT)
<input type="checkbox"/>	TERMOGRAFIA (TT)
<input type="checkbox"/>	ESTENSIMETRIA (ST)
<input type="checkbox"/>	ONDE GUIDATE (GT)



Nella piena accettazione del Regolamento CICPND n° 262, per i metodi soprariportati si richiede l'Approvazione per l'esecuzione di prove non distruttive secondo l'Allegato I paragrafo 3.1.3 della Direttiva attrezzature in pressione 2014/68/UE/PED (CEM/TR 15589 Route A). Applicabile solo per i metodi RT-UT-MT-PT comprensivo delle eventuali limitazioni o tecniche particolari dei metodi (es.TOFD e Phased Array).



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 certificato al livello 2 per i metodi richiesti (allegare copia dei relativi certificati) o di avere superato l'esame pratico di livello 2 (allegare relativa attestazione)
- Di possedere il seguente titolo di studio
- Accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 60/A e nelle Regole di Comportamento Professionale, Documento n° 431, visionabili sul sito 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 al quale ha partecipato firmato dal livello 3 responsabile.
- Dichiarazione del datore di lavoro dell'esperienza conseguita per ciascun metodo e settore di applicazione, completa della durata richiesta (per richieste di Certificazione) o continuità lavorativa (per richieste di Ricertificazione e Rinnovo). – *Vedi modulistica allegata*
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".
- 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).
- Copia titolo di studio- *solo per i candidati che richiedono la riduzione delle ore di addestramento.



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



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 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 ESPERIENZA INDUSTRIALE
Solo per Certificazione/Estensione

Io sottoscritto Datore di Lavoro della Società

DICHIARO CHE

il/la Sig./ra

nato/a a il

è stata maturata un'esperienza nel metodo/i.....di n°.....giorni,
così come richiesto nei requisiti al Par.7.3 della UNI EN ISO 9712

L'esperienza è stata maturata sotto una supervisione qualificata nello svolgimento delle seguenti attività

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 del Datore di Lavoro
------	---

*Nel caso in cui il candidato sia un lavoratore autonomo o datore di lavoro, tale dichiarazione deve essere emessa da un referee (garante).

DICHIARAZIONE DI CONTINUITA' LAVORATIVA
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) E' in possesso della continuità lavorativa richiesta al punto 13 del Regolamento CICPND 60/A
- b) Ha ottemperato alla visita oculistica annuale.
- c) Non ha ricevuto Reclami (in caso positivo, allegare documentazione che ne attesti la risoluzione).
- d) Si mantiene aggiornato sui metodi certificati.

Eventuali osservazioni/segnalazioni da condividere con l'Organismo di Certificazione CICPND:

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

*Nel caso in cui il candidato sia un lavoratore autonomo o datore di lavoro, tale dichiarazione deve essere emessa da un referee (garante).