



DOMANDA PER TRASFERIMENTO E/O ESTENSIONE PED DI LIVELLO 1, 2 e 3

SECONDO NORMA UNI EN ISO 9712 E REGOLAMENTI CICPND 60/A e 262

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"/> Trasferimento	<input type="checkbox"/> Estensione Approvazione 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).
--	--

PER I METODI SEGUENTI

METODO/I	NUMERO CERTIFICATO ED ENTE CERTIFICANTE	LIVELLO
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA FILM E DIGITALE (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 <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Lettura Film RT-FI <input type="checkbox"/> Lettura Immagini Digitali RT-DI <input type="checkbox"/> Lettura Film e Immagini Digitali RT-FDI	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> ULTRASUONI (UT) <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Controllo degli spessori UT-SP <input type="checkbox"/> Applicazioni Automatiche UT-AA <input type="checkbox"/> Controllo lamiere utilizzando sonde a fascio piano UT-L <input type="checkbox"/> Spot weld (controllo saldature a punti) UT-SW <u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u> <input type="checkbox"/> Phased Array UT-PA <input type="checkbox"/> Tofd UT-TOFD	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> PARTICELLE MAGNETICHE (MT) <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Tecnica con Giogo MT-Y <u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u> <input type="checkbox"/> Perdita di Flusso MT-FL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> LIQUIDI PENETRANTI (PT) <input type="checkbox"/> CORRENTI INDOTTE (ET) <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Applicazioni Automatiche ET-AA	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> RILEVAZIONE DI FUGHE (LT) <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Tecnica con Test a Bolle LT-B <u>TECNICHE - APPLICAZIONI PARTICOLARI</u> <input type="checkbox"/> Metodo a Pressione LT-P <input type="checkbox"/> Metodo del Gas Tracciante LT-TG	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> VISIVO (VT)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> EMISSIONE ACUSTICA (AT)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> TERMOGRAFIA (TT)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> ESTENSIMETRIA (ST)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> ONDE GUIDATE (GT)	<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/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:

- Dichiarazione di continuità lavorativa ed esperienza industriale confermata dal 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).

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).

CICPND si farà carico di: richiedere evidenza all'OdC cedente una dichiarazione nella quale si confermi che non risultano presenti pendenze tecniche ed economiche. In assenza di risposta, dopo cinque giorni si procederà al completamento della pratica.

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 ESPERIENZA INDUSTRIALE
Solo Estensioni PED**

Io sottoscritto Datore di Lavoro della Società

DICHIARO CHE

il/la Sig./ra

nato/a a il

ha maturato un'esperienza nel controllo di componenti a pressione nel metodo/i.....

nel periodo dal.....al

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
Trasferimenti ed Estensione PED**

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).