



CICPND SERVIZI S.R.L.
 SOCIETA' A RESPONSABILITA'
 LIMITATA CON UNICO SOCIO

Via C. Pisacane, 46
 20025 Legnano MI
 Tel. +39 0331 545600
 Fax +39 0331 543030

Web: www.cicpndservizi.com
 E-mail: segreteria@cicpndservizi.com
amministrazione@cicpndservizi.com
certificazione@cicpndservizi.com
qualita@cicpndservizi.com
 Casella PEC: info@pec.cicpndservizi.com
 C.F. e P.I. 08439360960
 C.C.I.A.A. di Milano R.E.A. n° 2026983



PRS N° 012C
 SGQ N° 064A

Membro degli Accordi di Mutuo Riconoscimento EA, IAF e ILAC
 Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual Recognition Agreement

DOMANDA DI RINNOVO E RICERTIFICAZIONE DI LIVELLO 1, 2 E 3 DELLA CERTIFICAZIONE UNI EN ISO 9712

Il Sottoscritto
 nato a il
 residente in cap.
 via tel.
 e-mail C.F./P.IVA.....

CHIEDE il Rinnovo la Ricertificazione c/o Centro d'Esame

della/e Certificazione/i secondo Norma UNI EN ISO 9712 ed al Regolamento CICPND SERVIZI SRL n° 60/A nei seguenti metodi e settori:

METODO/I	SETTORE INDUSTRIALE	SETTORE DI PRODOTTO**
<input type="checkbox"/> RADIOGRAFIA (RT) <u>APPLICAZIONI LIMITATE E PARTICOLARI</u> <input type="checkbox"/> Lettura Lastre (su pellicola film) RT/FI <input type="checkbox"/> Lettura Lastre (su supporto digitale) RT/DI <input type="checkbox"/> Radioscopia RT/S <input type="checkbox"/> Radiografia digitale RT/D <input type="checkbox"/> Tomografia Computerizzata Assiale RT/CT <input type="checkbox"/> ULTRASUONI (UT) <u>APPLICAZIONI LIMITATE E PARTICOLARI</u> <input type="checkbox"/> Controllo degli spessori UT/SP <input type="checkbox"/> Applicazioni Automatiche UT/AA <input type="checkbox"/> Spot weld (controllo saldature a punti) UT/SW <input type="checkbox"/> Phased Array UT/PA <input type="checkbox"/> Tofd UT/TOFD <input type="checkbox"/> PARTICELLE MAGNETICHE (MT) <input type="checkbox"/> LIQUIDI PENETRANTI (PT) <input type="checkbox"/> CORRENTI INDOTTE (ET) <u>APPLICAZIONI LIMITATE</u> <input type="checkbox"/> Applicazioni Automatiche ET/AA RILEVAZIONE DI FUGHE (LT)* <input type="checkbox"/> Metodo per Variazione di Pressione LT/B <input type="checkbox"/> Metodo con Gas Tracciante LT/C <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)	<input type="checkbox"/> Collaudi pre e in servizio che comprendono la fabbricazione <input type="checkbox"/> Fabbricazione	<input type="checkbox"/> Getti (c) <input type="checkbox"/> Fucinati (f) <input type="checkbox"/> Saldature (w) <input type="checkbox"/> Tubi (t) <input type="checkbox"/> Prodotti lavorati (wp) <input type="checkbox"/> Materiali compositi (p)

*Per il Metodo LT, è opportuno indicare il metodo LT/B e/o LT/C.

** Nel settore di prodotto, barrare uno o più prodotti. Qualora i prodotti barrati siano uguali o maggiori a due la certificazione verrà intesa Plurisettoriale.





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)

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.

che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità e di accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND SERVIZI n° 60/A visionabile sul sito www.cicpndservizi.com e relative condizioni economiche proposte per il servizio specifico.

Vengono allegati i seguenti documenti:

- 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.
- Dichiarazione di continuità lavorativa, Allegato A, firmata dal datore di lavoro.
- Una fotografia formato tessera a colori (formato digitale jpg).
- Copia/e certificazione/i in scadenza.
- SOLO per la Ricertificazione Liv. 3 a punteggio – compilare modulo specifico.

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 e del Regolamento CICPND SERVIZI n° 60/A, è stata accolta la richiesta di ammissione all'esame.

Spazio riservato per eventuali note integrative

Data

Firma Centro Esami





CICPND SERVIZI S.R.L.
SOCIETA' A RESPONSABILITA'
LIMITATA CON UNICO SOCIO

Via C. Pisacane, 46
 20025 Legnano MI
 Tel. +39 0331 545600
 Fax +39 0331 543030

Web: www.cicpndservizi.com
 E-mail: segreteria@cicpndservizi.com
amministrazione@cicpndservizi.com
certificazione@cicpndservizi.com
qualita@cicpndservizi.com
 Casella PEC: info@pec.cicpndservizi.com
 C.F. e P.I. 08439360960
 C.C.I.A.A. di Milano R.E.A. n° 2026983



PRS N° 012C
 SGQ 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 SERVIZI SRL, 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.cicpndservizi.com

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

.....

.....

.....





CICPND SERVIZI S.R.L.
SOCIETA' A RESPONSABILITA'
LIMITATA CON UNICO SOCIO

Via C. Pisacane, 46
 20025 Legnano MI
 Tel. +39 0331 545600
 Fax +39 0331 543030

Web: www.cicpndservizi.com
 E-mail: segreteria@cicpndservizi.com
amministrazione@cicpndservizi.com
certificazione@cicpndservizi.com
qualita@cicpndservizi.com
 Casella PEC: info@pec.cicpndservizi.com
 C.F. e P.I. 08439360960
 C.C.I.A.A. di Milano R.E.A. n° 2026983



PRS N° 012C
 SGQ N° 064A

Membro degli Accordi di Mutuo Riconoscimento EA, IAF e ILAC
 Signatory of EA, IAF and ILAC Mutual Recognition Agreement

Allegato A

(Dichiarazione di Continuità Lavorativa)

Si dichiara 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.
- b) Ha ottemperato alla visita oculistica annuale.
- c) E' in possesso di un registro per i reclami o ricorsi ricevuti dai clienti (eventuale numero di reclami ricevuti n° da allegare in copia).
- d) La documentazione rilasciata è conforme alle procedure aziendali.
- e) Si mantiene aggiornato sui metodi certificati.

Eventuali osservazioni :

Eventuali osservazioni e/o suggerimenti circa il livello di soddisfazione delle Vs Certificazioni del Personale CICPND SERVIZI SRL:

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

IL DATORE DI LAVORO
 (Timbro e firma leggibile)

