



**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



PR5 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 CERTIFICAZIONE ED ESTENSIONE DI LIVELLO 1 E 2  
CONTROLLI NON DISTRUTTIVI SULLE FUNI METALLICHE**

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

CHIEDE

di essere ammesso agli Esami di Certificazione/Estensione, in conformità alla Norma UNI EN ISO 9712, UNI EN 12927 ed al Regolamento CICPND n° 298, nei seguenti metodi e settori:

- |                          |     |               |                                 |                            |
|--------------------------|-----|---------------|---------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | VI  | Settori ..... | Liv. <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | MRT | Settori ..... | Liv. <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | RT  | Settori ..... | Liv. <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> | ET  | Settori ..... | Liv. <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

presso il Centro d'Esame .....

DICHIARA

di appartenere alla Società: .....  
via ..... cap. ....  
città ..... prov. .... tel. ....  
referente Sig.: ..... tel. ....  
mail: .....  
di intestare la fattura a: ..... **Codice SDI** .....  
codice fiscale ..... partita IVA .....

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

- |                          |     |                |                |               |
|--------------------------|-----|----------------|----------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | VI  | Cert. n° ..... | Scadenza ..... | Settori ..... |
| <input type="checkbox"/> | MRT | Cert. n° ..... | Scadenza ..... | Settori ..... |
| <input type="checkbox"/> | RT  | Cert. n° ..... | Scadenza ..... | Settori ..... |
| <input type="checkbox"/> | ET  | Cert. n° ..... | Scadenza ..... | Settori ..... |

- di possedere il seguente titolo di studio .....

- che quanto riportato negli allegati corrisponde a verità, di accettare quanto prescritto nel Regolamento CICPND n° 298 e le regole di comportamento professionale visionabili sul sito [www.cicpnd.it](http://www.cicpnd.it) e relative condizioni economiche proposte per il servizio specifico.



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 i livelli 2 MTR, dichiarazione di esperienza minima di almeno 50 esami MTR effettuati come operatore di livello 1.

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).

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, UNI EN 12927 e del Regolamento CICIPND n° 298, è stata accolta la richiesta di ammissione all'esame.*

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

Data ..... Firma Centro Esami .....

#### **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 CICIPND, 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](http://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

Luogo e data ..... Cognome Nome ..... Firma .....

.....