

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE DI SALDATORI DI MATERIE PLASTICHE SECONDO UNI 9737 UNI EN 13067

| DATI ANAGRAFICI DELL'AZIENDA | | | |
|------------------------------|-----------|--------|------------|
| Ragione sociale: | | | |
| Indirizzo: | CAP: | Città: | Provincia: |
| Persona di riferimento: | Telefono: | Mail: | Fax: |

| DATI ANAGRAFICI DEL CANDIDATO | | | | REQUISITI DI AMMISSIONE (*) | | | | CLASSE DI QUALIFICA RICHIESTA |
|-------------------------------|-------|------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--|
| Cognome: | Nome: | Data di nascita: | Luogo di nascita: | A | E | C | Entry Level | 3 PE: 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 o altro (<i>specificare</i>) |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

(*) REQUISITI DI AMMISSIONE:

- **A:** APPRENDISTATO PRESSO PRODUTTORE (allegare Attestazione del produttore)
- **E:** ESPERIENZA LAVORATIVA (minimo 2 anni nei 4 anni antecedenti la richiesta) (allegare Dichiarazione del datore di lavoro, vedi facsimile)
- **C:** CORSO DI ADDESTRAMENTO (allegare Attestato di frequenza + modulo con la registrazione delle prove di saldatura svolte e specificare l'entry level del corso)

| | |
|------|----------------|
| Data | Timbro e Firma |
|------|----------------|

RISERVATO ALL'ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE

| | | | |
|---|-------|------|----------------------------|
| Riesame della Domanda: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO | NOTE: | DATA | FIRMA (Resp. Schema o PWE) |
|---|-------|------|----------------------------|