



**DOMANDA PER L' ESAME DI CERTIFICAZIONE  
DI AUDITOR DI SISTEMI DI GESTIONE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> QUALITÀ            | <input type="checkbox"/> AMBIENTE                     |
| <input type="checkbox"/> SALUTE E SICUREZZA | <input type="checkbox"/> SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI |
| <input type="checkbox"/> ENERGIA            | <input type="checkbox"/> IT-SERVICE MANAGEMENT        |
| <input type="checkbox"/> M.O 231/01         |   |

**DEC Rev. 06**

11/02/2015

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P. IVA \_\_\_\_\_

Società / Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Settori di competenza richiesti (Classificazione IAF/AICQ SICEV) \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del REGOLAMENTO e del tariffario, di accettarli, e di impegnarsi a rispettare le NORME DEONTOLOGICHE. Dichiara inoltre di non aver sostenuto, con esito negativo, esami di certificazione presso altri "OdC del Personale" negli ultimi 6 mesi.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto autorizza l'AICQ SICEV al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D. Lgs.196/2003**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AD AICQ SICEV**

Esp. Lavorativa: .....

Esp. Specifica: .....

Esp. Operativa: .....

Addestram. Operativo .....

Settori IAF /AICQ SICEV ammessi: .....

Ammissibilità:

VSG/AMO (Scritto+Orale);  VSG/AMO (Orale);  VSG/AMO RGVI (Scritto+Orale);  VSG/AMO RGVI GRANDE ESPERIENZA (Orale)

Note: .....

Data..... Firma.....

LIVELLO DI ISTRUZIONE			
Laurea Diploma (1)	Istituto Universitario Scuola /Ente	Data di conseguimento	Votazione finale

(1) Allegare la fotocopia del Titolo

ESPERIENZA LAVORATIVA (1)				
Da (2)	A	Società	Settore (3)	Funzione Ruolo

Note: 1) Elencare in ordine cronologico iniziando dalle esperienze più recenti

2) Indicare Mese e Anno

3) Specificare il settore secondo le definizioni riportate negli elenchi "Competenza Settoriale" secondo la classificazione IAF o secondo AICQ SICEV (es: Schemi Energia + M.O. 231/01)

ESPERIENZA SPECIFICA (1)				
Da (2)	A (2)	Società	Settore (3)	Funzione Ruolo

**Note:** 1) Indicare le attività svolte attinenti i Sistemi di Gestione per cui si richiede la certificazione  
 2) Indicare Mese e Anno  
 3) Specificare il settore secondo le definizioni riportate negli elenchi "Competenza Settoriale" secondo la classificazione IAF o secondo AICQ SICEV (es: Schemi Qualità + Energia)

ESPERIENZA OPERATIVA - AUDIT - (1)									
Settore Di Competenza IAF o AICQ SICEV	Data	Durata totale giorni	Giorni di campo	Società/Unità Soggetta ad Audit	Tipo di Audit	Ruolo	Nominativo Team Leader	Normativa di base	Committente

**Note:** 1) E' possibile richiamare ed allegare un elenco emesso da un Organismo di Certificazione di SG purché il medesimo abbia lo stesso contenuto informativo di questa tabella

CORSO DI ADDESTRAMENTO SULLE TECNICHE DI AUDIT (1)			
Durata	Anno	Organizzazione Ente	Normativa Oggetto di esame finale

Note: 1) Allegare fotocopia dell'Attestato

REGISTRAZIONI AICQ / ALTRE REGISTRAZIONI, CERTIFICAZIONI E/O QUALIFICAZIONI (1)

- |  |    |      |
|--|----|------|
| <input type="checkbox"/> _____ SYSTEM MANAGER          | N° | DATA |
| <input type="checkbox"/> QUALITY PROFESSIONAL          | N° | DATA |
| <input type="checkbox"/> QUALITY MANAGEMENT TECHNICIAN | N° | DATA |
| <input type="checkbox"/> _____                         | N° | DATA |
| <input type="checkbox"/> _____                         | N° | DATA |
| <input type="checkbox"/> _____                         | N° | DATA |

Note: 1) Registrare eventuali altre Certificazioni rilasciate da OdC di personale accreditati, oppure certificazioni/qualificazioni per altri Schemi (es: ISO TS 16949, EN 9100, IRIS, CISA, CISM, CISSP, Energy Manager, ecc.)

Registrare anche eventuali iscrizioni a Collegi o Ordini Professionali

SEMINARI/CORSI DI SPECIALIZZAZIONE- FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO(1)				
Corso/ Seminario	Tema/Argomento	Durata (h)	Anno	Organizzazione /Ente

Note: 1) Allegare fotocopia di Attestati e/o Dichiarazioni di partecipazione

LINGUE STRANIERE (1)				
Corso	Durata (2)	Anno	Livello conseguito	Organizzazione /Scuola

Note: 1) Allegare fotocopia di Attestati e/o Dichiarazioni  
 2) Utilizzare anche per indicare soggiorni all'estero

ALLEGATI
----------

- a) Fotocopia titolo di studio
- b) Due fotografie formato tessera
- c) Fotocopia completa di un documento di identità
- d) Curriculum delle esperienze professionali e di base
- e) Fotocopia attestati superamento esame corso 40 ore o 24 ore (Tecniche audit) o 32 ore per M.O. 231/01
- f) Fotocopia attestati di frequenza di altri corsi / seminari
- g) Evidenze oggettive delle esperienze operative in campo
- h) Fotocopia della dichiarazione di conoscenza lingua straniera

Altro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_