

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE per il Settore Esperti Forensi

QI 310104

Il/La sottoscritto/a:

NOME* _____ COGNOME* _____

SOCIETÀ*: _____

TITOLO DI STUDIO (es. Laurea in...) * _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO* _____ CITTA' * _____ PROV* _____

CAP* _____ TEL* _____ FAX* _____

E-MAIL* _____ CELL* _____

consapevole di quanto richiesto nel Regolamento generale (QI 31 01 00), nello *Schema requisiti per la certificazione di Esperto Forense applicabile*, **rispettando** quanto riportato nel *Regolamento e Manuale d'uso del marchio di certificazione* (QI 10 01 08) e nelle *Norme deontologiche* (QI 10 01 07) ed **accettando** le *Quote per la Certificazione KHC dei Professional (Italia)* (QI 31 01 05).

CHIEDE

<input checked="" type="checkbox"/> Iscrizione al Registro per la Figura professionale:		
Schema QI 310101a Rev. _____	<input type="checkbox"/> Antropologo Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Genetista Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior
Schema QI 310101b Rev. _____	<input type="checkbox"/> Informativo Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Criminologo <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior
Schema QI 310101c Rev. _____	<input type="checkbox"/> Antropometra Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Balistico Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior
	<input type="checkbox"/> Grafologo Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Analista Impronte Forense <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior
	<input type="checkbox"/> Analista Scena Crimine <input type="checkbox"/> Livello Base <input type="checkbox"/> Senior	

Il/La sottoscritto/a _____ **dichiara** di non aver riportato condanne penali, non aver conoscenza di procedimenti penali in corso a proprio carico e non essere destinatario di misure di sicurezza o misure di prevenzione.

Luogo e data

Firma

La validità della presente Domanda è subordinata alla corretta compilazione della stessa in tutte le parti applicabili, firmata per esteso, comprensiva della documentazione richiesta e dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

EVIDENZE RICHIESTE

- **Titolo di studio** (allegare copia del titolo di studio) ed eventuale specializzazione richiesta, In caso di titoli di studio stranieri, (allegare titolo corredato di traduzione ufficiale in lingua italiana, con legalizzazione e dichiarazione di valore).
- Copia **documento d'identità in corso di validità** (allegare copia leggibile ed esibire al commissario KHC in sede di PV),

CURRICULUM VITAE aggiornato e firmato in FORMATO EUROPEO (contenente la seguente dicitura sottoscritta: *Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003. Dichiaro che quanto riportato nel mio CV corrisponde al vero ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale per il rilascio di dichiarazioni mendaci prevista dall'articolo 76 del predetto D.P.R., sotto la mia responsabilità*),

- **Formazione specifica** (allegare copia),
- **Pubblicazioni scientifiche** (allegare copia),
- **Esperienze lavorative** (indicare dettagliatamente nel CV Società, campo di applicazione, periodo lavorativo, mansione/attività/progetti. Allegare **evidenze** a supporto almeno degli anni di esperienza richiesti nello Schema requisiti applicabile).

DATI PER LA FATTURAZIONE			
NOME E COGNOME _____			
STUDIO/AZIENDA _____			
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	PROV. _____	CAP _____
PI. _____ CF _____			
Nominativo ed e-mail (a cui inviare la fatturazione) _____			
Indirizzo presso cui si desidera ricevere corrispondenza			
NOME E COGNOME (c/o Società) _____			
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	PROV. _____	CAP _____
E-MAIL PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) CAMPO OBBLIGATORIO: _____			

Autorizzazione al trattamento dei dati personali (*) e pubblicazione sul sito Internet

Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs 196/2003, autorizzo KHC – Know How Certification S.r.l. Unipersonale (nel seguito chiamata KHC), al trattamento dei miei dati personali, per le seguenti finalità:

- ✓ per finalità istituzionali;
- ✓ per comunicazione ed invio dei dati personali in Italia ed all'estero a terzi interessati all'attività di KHC, a terzi come Associazioni di Categoria ed a terzi interessati alla mia attività professionale;
- ✓ per soddisfare ad adempimenti connessi all'attività economica di KHC ed in particolare per gli obblighi di legge amministrativi, contabili, fiscali;
- ✓ per tutti i casi consentiti e previsti dalla legge per la tutela della propria immagine e dei propri diritti;
- ✓ per comunicazione e/o diffusione, se necessario, nei casi previsti dalla legge:
 1. a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto di KHC (tenuta della contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, avvocati, editori per pubblicazioni in siti o in giornali, ecc.);
 2. a istituti bancari per la gestione degli incassi e dei pagamenti diversi derivanti dalle normali attività commerciali o dall'esecuzione di contratti in atto;
 3. in forma anonima per finalità statistiche.

I dati sono trattati in modo lecito, secondo correttezza e in modo da garantire la massima riservatezza e sicurezza; saranno registrati e conservati in archivi informatici e/o cartacei.

Titolare del trattamento: **KHC - Know How Certification S.r.l. Unipersonale**
Via Nino Bixio, 28 – 95125 Catania

Responsabile del trattamento: Valeria Bruno.

Potrò rivolgermi al titolare del trattamento per far valere i miei diritti come previsti dall'art. 8 del D.lgs. n.196/2003.

Autorizzo altresì, la pubblicazione dei miei dati personali (*), sul **Registro** di riferimento pubblicato nel **sito Internet www.khc.it** .-

Luogo e data

Firma