

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE per il Settore SICUREZZA**QI 420104**

Il/La sottoscritto/a: NOME* _____ COGNOME* _____

SOCIETÀ* (INDICARE SOLO SE SI DESIDERA L'INSERIMENTO SUL REGISTRO): _____

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

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO* (SEDE SOCIETÀ SE SOPRA INDICATA) _____ CELL* _____

CITTA'* _____ PROV* _____ CAP* _____ TEL*/FAX* _____

E-MAIL* _____ PEC (CAMPO OBBLIGATORIO) _____

consapevole di quanto richiesto nello *Schema requisiti per la certificazione richiesta*, **rispettando** quanto riportato nel Regolamento Generale (QI 42 01 00), 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 dei Professional (Italia)* (QI 42 01 05)

CHIEDE L' Iscrizione al Registro per la Figura professionale **RSPP Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione** (rif. Schema QI 42 01 01A - rev. _____), **ASPP Addetto al Servizio di Prevenzione e Protezione** (rif. Schema QI 42 01 01A - rev. _____),**Macrosettore ATECO** (indicare almeno 1 Macro settore ATECO attribuibile) _____ **CS Coordinatore della Sicurezza** (rif. Schema QI 42 01 01A - rev. _____), **CTS Consulente Tecnico per la sicurezza sul lavoro** (rif. Schema QI 42 01 01A - rev. _____), **FSL Formatore della Sicurezza sul Lavoro** (rif. Schema QI 42 01 01B - rev. _____), **FFSL Formatore dei Formatori della Sicurezza sul Lavoro** (rif. Schema QI 42 01 01C - rev. _____),**Area tematica** (indicare almeno 1 area tematica attribuibile) _____**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O NOTORIETA'**

(ai sensi artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto, sotto la sua personale responsabilità, **dichiara** altresì, l'assenza di condanne o sanzioni per reati non colposi concernenti l'attività professionale.

Il Candidato può segnalare la richiesta di assistenza per esigenze speciali che KHC, qualora sussistano valide motivazioni, a seguito di verifica, cercherà di soddisfare:

Il Candidato dovrà mostrare alla Commissione d'esami KHC, un documento d'identità in corso di validità, ma non è in alcun modo tenuto a lasciare copia del documento di identità in sede d'esame o prima, in fase di valutazione documentale a Commissari KHC o personale KHC.

EVIDENZE RICHIESTE da allegare alla presente*La validità della presente Domanda è subordinata alla corretta compilazione della stessa in tutte le parti e pagine applicabili, firmata per esteso, comprensiva della documentazione richiesta e dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali.* **Titolo di studio** (allegare copia del titolo di studio), **CURRICULUM VITAE** aggiornato e firmato in FORMATO EUROPEO (comprensivo dell'autorizzazione al trattamento dati e la sottoscrizione dell'autenticità di quanto dichiarato, ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445), Copia del codice fiscale, **Formazione specifica**, (allegare copia attestato/i corso di formazione), come previsto da schema applicabile, **Esperienze lavorative** (indicare dettagliatamente nel CV Società, campo di applicazione, periodo lavorativo/ore, ruolo (di livello manageriale, in particolare)/compiti. Allegare **evidenze** a supporto con dichiarazioni da parte di responsabili aziendali e/o clienti ecc... almeno degli anni di esperienza richiesti nello Schema requisiti applicabile, in base al titolo di studio).**Nota:** un documento d'identità in corso di validità dovrà essere mostrato al commissario KHC in sede di PV.

Il sottoscritto autorizza KHC all'utilizzo anche dei documenti consegnati in copia, consapevole che non saranno utilizzati per altri fini, diversi da quelli previsti per la richiesta di certificazione della presente Domanda e che l'accesso alle informazioni ivi indicate, sia consentito solo per la suddetta richiesta e solo da chi ne abbia titolo e che ne assicuri l'opportuno riserbo.

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma _____

Dati pubblicati sul sito Internet www.khc.it (Registro di riferimento) in caso di esito positivo del processo certificativo (sia per la completezza della documentazione che per il superamento dell'esame certificativo), previa autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del Reg. (UE) 2016/679: <input type="checkbox"/> AUTORIZZO <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO			
COGNOME e Nome _____			
TITOLO DI STUDIO (es. Dott., Ing.) _____			
STUDIO/AZIENDA _____			
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	PROV. _____	CAP _____
Cellulare _____		Telefono _____	
e-mail _____			
DATI PER LA FATTURAZIONE			
COGNOME E NOME _____			
STUDIO/AZIENDA _____			
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	PROV. _____	CAP _____
PI. _____		CF _____	
<input type="checkbox"/> Codice CIG (in caso di pubbliche amministrazioni) _____			
<input type="checkbox"/> Operazione con IVA assoggettata a Split Payment			
Nominativo ed e-mail (a cui inviare la fatturazione, per conoscenza) _____			
INVIO FATTURAZIONE (almeno un campo dei due è obbligatorio):			
<input type="checkbox"/> PEC (Posta Elettronica Certificata) _____			
oppure			
<input type="checkbox"/> CODICE UNIVOCO o CODICE DESTINATARIO _____			
<small>(Codice identificativo attribuito dal canale telematico SDI per la fatturazione elettronica)</small>			
Indirizzo presso cui si desidera ricevere corrispondenza			
COGNOME E NOME (c/o Società) _____			
INDIRIZZO _____	CITTA' _____	PROV. _____	CAP _____
E-MAIL PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) CAMPO OBBLIGATORIO: _____			

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679, in vigore dal 25 maggio 2018, in relazione al trattamento dei Vostri dati personali da noi acquisiti, Vi forniamo le seguenti informazioni:

- i dati personali sono raccolti per finalità inerenti all'esecuzione del presente Contratto nonché per assolvere a tutte le disposizioni di legge e/o amministrative necessarie ai fini della sua esecuzione;
- i dati saranno 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;
- i dati saranno trattati per mezzo delle operazioni indicate, e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati;
I dati potranno essere comunicati e/o diffusi, se necessario, nei casi previsti dalla legge:
 1. a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto dell'azienda (tenuta della contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, editore per la pubblicazione in giornali, per svolgere incarichi specifici, 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;
 4. per comunicazione ed invio dei dati del Cliente in Italia ed all'estero a terzi interessati all'attività di KHC, ad ACCREDIA ed agli Enti Pubblici di riferimento.

Previo esplicito consenso: ai sensi dell'art. 7 Reg. (UE) 2016/679, i suoi dati potranno essere trattati per le seguenti finalità di marketing: inviarle via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal titolare ([corsi di aggiornamento, workshop ed eventi validi per il mantenimento della certificazione](#)) e rilevazioni del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi; inviarle via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti terzi (ad esempio, business partner di KHC). Diversamente indicare non autorizzo/non interessato

Per maggiori informazioni si rimanda alla Privacy Policy sul sito www.khc.it.

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

Al titolare del trattamento sarà possibile rivolgersi per far valere i diritti come previsti dall'art. 15 all'art. 21 del Reg. UE 2016/679, in vigore dal 25 maggio 2018.

Luogo e data _____

Firma _____