**Solicitud de Certificación**

**CERTIFICACION INICIAL** **RENOVACION**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Datos Personales**  Apellidos y Nombres …….…..…………………………………………………………………………………………………………………………………  Tipo y número de documento …………………………………………………………………………………………………………………………….  Fecha de Nacimiento: …/…/………… Lugar: ………………………………………. Nacionalidad: ………………………………………..  Domicilio Particular: ………………………………………………………………………………………………..Código Postal: ………………….  Localidad: …………………………………………………Provincia: ………………………………………….. País: ……………………………........  Celular: ………………………………………………………………….. E-mail: ……………………………………………………………………………….. |
| **2** | **Estudios Cursados:**  Título obtenido: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Títulos de Posgrado/Diplomatura: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **3** | **¿Tiene alguna necesidad especial?** SI NO  En caso de responder SI, describir la necesidad especial (visión, locomoción, audición, idioma) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **4** | **COMPLETESE PARA SOLICITAR RENOVACION**    Certificado Nº …………………………… Fecha de vencimiento: …../…../….. |
| **5** | **Observaciones**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **6** | Declaro que los datos consignados aquí son veraces, así como también conocer, aceptar y acatar lo dispuesto en el Protocolo de Certificación de Gestores en Calidad para la Industria 4.0, el Código de Ética, y las disposiciones establecidas en el Reglamento de Certificación de Personas del Organismo de Certificación de INTI, disponibles en la página Web de Proceso.  ……………………………………………………. ………………………………………………………  Lugar y fecha Firma y aclaración |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7** | *A completar por los Organismos de Certificación y Calificación*  ***Organismo de Certificación:*** Aprobación de la recepción de la documentación:    SI NO  Fecha …/…/…. ……………………………………………………..   |  | | --- | | Responsable de Área de Certificación de Personas  Organismo de Certificación INTI |   ***Organismo de Calificación*:** Admisión técnica de la documentación:  SI NO    Fecha …/…/…. ……………………………………………………..   |  | | --- | | Responsable Organismo de Calificación Autorizado | |  | |

Por quejas o sugerencias, comunicarse a través de los siguientes medios:

Tel./Fax: (5411) 4724-6200 int. 6665

e-mail: [certifica@inti.gob.ar](mailto:certifica@inti.gob.ar)