**Solicitud de Certificación**

CERTIFICACION INICIAL RENOVACION

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Datos Personales**  Apellidos …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Nombres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Documentos: DNI/LE/LC: ……………………………………………………………………………………………………………………………….  Fecha de Nacimiento: …./…/………… Lugar: …………………………………………………………………………………………………...  País: …………………………………………………………. Nacionalidad: ……………………………………………………………………………..  Domicilio Particular: ………………………………………………………………………………….. Código Postal: ………………………  Localidad: ………………………………………….. Provincia: ………………………………………. País:……………………………………  Teléfono: ……………………………………………………………… E-mail: ………………………………………………………………………… |
| 2 | **Estudios Cursados: (SOLO PARA INCIAL)**  Título de grado: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Título de Posgrado: ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 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**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | Declaro que los datos consignados aquí son veraces, así como también conocer, aceptar y acatar lo dispuesto en el Protocolo de Certificación de Asesores en Tecnologías de Gestión, el Código de Ética para los Asesores en Tecnologías de Gestión, y las disposiciones establecidas en el Reglamento de Certificación de Personas del Organismo de Certificación de INTI, disponibles en la página Web.  ……………………………………………………. ………………………………………………………  Lugar y fecha Firma y aclaración |
| 8 | *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  INTI – Tecnologías de Gestión | |  | |

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)