**Solicitud de Certificación**

CERTIFICACION INICIAL RENOVACION RE-CERTIFICACION

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | **Datos Personales**  Apellidos y Nombres …………………………………………………………………………………………………………………………………  Documentos: DNI/LE/LC: ……………………………………………………………………………………………………………………….  Fecha de Nacimiento: …./…./………… Lugar: ………………………………………………………………………………………….  Pais: …………………………………………………………. Nacionalidad: ……………………………………………………………………….  Domicilio Particular: …………………………………………………………………………………..Código Postal: ……………….  Localidad: ………………………………………….. Provincia: ………………………………………. Pais:………………………………..  Teléfono: ……………………………………………………………… E-mail: ……………………………………………………………………… |
| 2 | **Estudios Cursados: COMPLETESE PARA SOLICITAR CERTIFICACION INICIAL/RECERTIFICACION**  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**    Sin examen Con examen  Certificado Nº …………………………… Fecha de vencimiento: …../…../….. |
| 5 | **Observaciones**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| 6 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Documentación que debe acompañar:** | C  (\*) | R  (\*) | RC  (\*) | | Curriculum Vitae actualizado (con certificados respaldatorios) | X |  |  | | Documentación que respalde experiencia práctica de mas de 960 horas y como mínimo en 10 empresas | X |  |  | | Una carta de recomendación | X |  |  | | Una referencia laboral | X |  |  | | Copia de certificado a renovar/recertificar |  | X | X | | FPE-ATG-01-02: Asistencia Técnica (con copias de informes) |  | X | X | | FPE-ATG-01-03: Capacitación Técnica (con copias de certificados) |  | X | X |   (\*) **C:** Certificación **R:** Renovación **RC:** Recertificación |

|  |  |
| --- | --- |
| 7 | Declaro que los datos consignados aquí son veraces, asi 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)