**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 NOFecha …../…../….. ……………………………………………………..

|  |
| --- |
| Responsable de Área de Certificación de PersonasOrganismo de Certificación INTI |

*Organismo de Calificación: Admisión técnica de la documentación:* SI NOFecha …../…../….. ……………………………………………………..

|  |
| --- |
| Responsable Organismo de Calificación AutorizadoINTI – 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