**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 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