**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** | **Documentación presentada junto a esta solicitud (marque con una cruz)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INGENIERO** | **TECNICO** | **NO TECNICO/ NO ING.** | **SOLDADURA** | **CODIGO ASME** | **INSPECCION Y SERVICIO** |
| **TITULO** |  |  |  |  |  |  |
| **EXPERIENCIA**  |  |  |  |  |  |  |
| **CAPACITACION\*****(Detallar horas)** |  |  |  |  |  |  |

**\*La capacitación deberá estar dentro del listado de cursos aceptados** |
| **3** | **¿Tiene alguna necesidad especial?**  SI NO En caso de responder SI, describir la necesidad especial (visión, locomoción, audición, idioma) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **5** | **Observaciones**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  | Declaro que los datos consignados aquí son veraces, así como también conocer, aceptar y acatar lo dispuesto en el Protocolo de Certificación Inspectores de Calderas y Recipientes a Presión, 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 NOFecha …/…/…. ……………………………………………………..

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