**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** | **Inicial** | **Renovación** | | CERTIFICADO UNIVERSITARIO |  |  | | CURSO OP. DE CALDERA (OPTATIVO) |  |  | | CERT.LABORAL (MINIMO 3 MESES) |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **TECNICO** | **Inicial** | **Renovación** | | CURSO OP. DE CALDERA 40 HS. |  |  | | CERT.LABORAL (MINIMO 6 MESES) |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **NO INGENIERO / NO TECNICO** | **Inicial** | **Renovación** | | CURSO OP. DE CALDERA 40 HS. |  |  | | CERT.LABORAL (MINIMO 12 MESES) |  |  | | CURSO AFIN |  |  | |
| **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 Operadores de Calderas Industriales, 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 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 | |  | |

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)