

**WNIOSEK O WYDANIE/ ROZSZERZENIE \*  
CERTYFIKATU KOMPETENCJI PERSONELU BADAŃ NIENISZCZĄCYCH**

**1. Dane osobowe**

Nazwisko	Imię	Tytuł	PESEL
Miejsce pracy: .....			
Stanowisko pracy: .....			
Adres do korespondencji: .....			
Kod pocztowy .....			
Telefon domowy	Telefon służbowy	E-mail	
Wykształcenie (dołączyć kopię świadectwa ukończenia szkoły lub dyplomu uczelni –dotyczy 1 i 2. stopnia)			

**2. Wnioskowany rodzaj certyfikatu kompetencji** (zaznaczyć „X” stopień i sektor; uwaga - pkt.6)

Metoda badań	1. stopień	2. stopień	3. stopień
_____ (VT, PT, MT, RT, RT2(ORS), UT)**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Nr cert. stop. 2: .....

Sektor przemysłowy	
Wytwarzanie (w - złącza spajane, wp - wyroby przerabiane plastycznie oprócz odkuwek, t - rury różnych średnic i grubości ścianek)	<input type="checkbox"/>
Badania przed i eksploatacyjne wraz z wytwarzaniem ( w – złącza spajane, wp - wyroby przerabiane plastycznie oprócz odkuwek, c - odlewy, f – odkuwki, t - rury różnych średnic i grubości ścianek)	<input type="checkbox"/>

Zgadzam się na dotrzymanie warunków certyfikacji wymienionych na końcu tego formularza.  
Zgadzam się na publikację i przetwarzanie danych osobowych

Podpis ..... Data.....

**3. Informacje dotyczące minimalnego doświadczenia praktycznego w metodzie badań nieniszczących dotyczącej wnioskowanego certyfikatu kompetencji**

Praktyka we wnioskowanej metodzie badań (podać miesiące/ lata): .....
Praktyka w badaniach wyrobów objętych Dyrektywą Europejską nr 97/23/WE – Urządzenia Ciśnieniowe Tak - <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> ***
Czy w okresie ważności certyfikatu kompetencji, poprzedzającym składany wniosek były reklamacje do usług świadczonych przez posiadacza certyfikatu, objętych jego zakresem ? Tak - <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> ***

**4. Wypełnia pracodawca/przełożony wnioskującego** (nie dotyczy właściciela firmy - patrz pkt.5)

Deklaruje, że podane we wniosku informacje w pkt. 1,2, 3 są prawdziwe.	
Firma jest płatnikiem podatku VAT i upoważnia Instytut Spawalnictwa do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy. Numer NIP .....	
Nazwa i adres firmy: .....	
Imię i nazwisko ..... Stanowisko .....	
Podpis ..... Data.....	

**5. Wypełnia weryfikator** (jeśli wnioskujący nie posiada zatrudnienia lub jest właścicielem firmy)

Proszę podać imię i nazwisko odpowiednio wykwalifikowanej osoby, z którym wnioskujący uzgodnił, że w razie potrzeby może potwierdzić i skomentować podane we wniosku informacje – **pkt. 1,2, 3.**

Imię i nazwisko ..... Stanowisko .....

Nazwa i adres firmy: .....

..... Telefon.....

Podpis ..... Data.....

**6. Uwagi dla wnioskującego**

- i. Wnioskujący zobowiązany jest do spełnienia wymagań umowy, będącej załącznikiem do certyfikatu, zawartej pomiędzy wnioskującym i Ośrodkiem Certyfikacji Instytutu Spawalnictwa. Nie spełnienie tych wymagań może spowodować zawieszenie lub wycofanie certyfikatu kompetencji.
- ii. Certyfikat kompetencji podlega nadzorowi.
- iii. Certyfikat kompetencji wymaga odnawiania co 5 lat. Każdorazowo wnioskujący powinien wypełnić formularz i wnieść opłatę za ponowne wydanie certyfikatu kompetencji,
- iv. **Do wniosku o certyfikat 1 lub 2. stopnia należy dołączyć kopię świadectwa ukończenia szkoły lub dyplom uczelni, zaświadczenie o pozytywnym wyniku badania wzroku (wg normy PN-EN ISO 9712) i zdjęcie legitymacyjne,**
- v. **Do wniosku o certyfikat 3. stopnia należy dołączyć świadectwo egzaminu podstawowego „BASIC”, kopie certyfikatu 2. stopnia dotyczącego „głównej metody badania” lub podać jego numer (IS) i zaświadczenie o pozytywnym wyniku badania wzroku (wg normy PN-EN ISO 9712).**

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wpisać metodę badań

\*\*\* - zakreślić właściwą odpowiedź

<b>Data wpłynięcia wniosku do Ośrodka Certyfikacji:</b>		
<b>Czy wnioskujący spełnia minimalne warunki wstępne do kwalifikacji i certyfikacji ?</b>	<b>Tak - <input type="checkbox"/></b>	<b>Nie - <input type="checkbox"/></b>
<b>Czy wnioskujący w prawidłowy sposób wypełnił wniosek ?</b>	<b>Tak - <input type="checkbox"/></b>	<b>Nie - <input type="checkbox"/></b>
<b>Czy wnioskujący dostarczył pozytywny wynik badania wzroku ?</b>	<b>Tak - <input type="checkbox"/></b>	<b>Nie - <input type="checkbox"/></b>
<b>Czy wnioskujący dołączył kopię świadectwa/dyplomu ukończenia szkoły/ uczelni, kursu BASIC, kursu 2.stopnia (dla osób spoza IS) ?</b>	<b>Tak - <input type="checkbox"/></b>	<b>Nie - <input type="checkbox"/></b>
<b>Powód braku akceptacji</b>		
<b>Data akceptacji wniosku:</b>		
<b>Imię i Nazwisko pracownika Ośrodka Certyfikacji</b>		
.....	<b>Podpis</b> .....	