



Associazione Svizzera delle Prove non Distruttive

Richiesta di certificazione in caso di certificazione a posteriori o con qualificazione esterna secondo
SN EN ISO 9712

Generalità	Richiedente: Cognome: Nome: Numero di registro ASPND: (se disponibile) Via / numero.: C.A.P. / Città: Data di nascita: Numero di telefono (privato): E-Mail (privato):	Datore di lavoro Ditta: Contatto: Via / numero.: C.A.P. / Città: Numero di telefono: E-Mail:																		
Fotografia del																				
Certificazione per:	<table><tr><td>Metodo</td><td>Livello</td><td>Fabbricazione [M] (c f w t wp)</td><td>Servizio [S] (c f w t wp)</td><td>Manutenzione ferroviaria [R] (c f w wp)</td><td>Aviazione ed aerospaziale [A] (c f w t wp)</td></tr><tr><td></td><td></td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td colspan="2">Solo per TT</td><td>☐ Costruzione</td><td>☐ Elettrotecnica</td><td colspan="2">☐ Industria</td></tr></table>	Metodo	Livello	Fabbricazione [M] (c f w t wp)	Servizio [S] (c f w t wp)	Manutenzione ferroviaria [R] (c f w wp)	Aviazione ed aerospaziale [A] (c f w t wp)			☐	☐	☐	☐	Solo per TT		☐ Costruzione	☐ Elettrotecnica	☐ Industria		
Metodo	Livello	Fabbricazione [M] (c f w t wp)	Servizio [S] (c f w t wp)	Manutenzione ferroviaria [R] (c f w wp)	Aviazione ed aerospaziale [A] (c f w t wp)															
		☐	☐	☐	☐															
Solo per TT		☐ Costruzione	☐ Elettrotecnica	☐ Industria																
Condizioni per la certificazione	Centro di formazione: Corso di formazione frequentato: Esame di qualificazione superato: Certificato di formazione: (alle- gato) Certificato di qualificazione: (allegato) Con la firma si conferma, - che il tempo di esperienza secondo le linee guida SGZP-Richtlinie capitolo 5.3.1 per la prima certificazione nei prodotti e settori industriali richiesti è stata svolta. - che un test della acuità visiva da vicino del (non più vecchio di un anno) e un test della percezione del colore del (non più vecchio di cinque anni) secondo SGZP-Richtlinie capitolo 5.1 sono disponibili e soddisfatti senza restri- zioni. In caso di restrizioni, queste devono essere comunicate all'ente di certificazione. I relativi documenti di prova possono essere richiesti dall'ente certificatore.																			
Fattura	☐ Ditta	☐ Privato																		
Luogo / Data / Firme	Richiedente	☐ Superiorer o ☐ Referee (secondo SGZP-Richtlinie, capitolo 1.6) N° di certificato CND del Referee:																		
Compilare dal delegato alla certificazione																				
Decisione	Le condizioni di certificazione sono ☐ soddisfatte ☐ non soddisfatte																			
Luogo / Data / Firme																				

Tenere conto del retro per favore!

Erstellung / Revision		Prüfung und Freigabe		Dokument Nr.:	SGZP-Form-013-i
Datum:	25.08.2022	Datum:	01.10.2022	Revisions Nr.:	0
Durch:	R. Klieber	Durch:	Vorstand	Seite:	1 von 2



Associazione Svizzera delle Prove non Distruttive

Richiesta di certificazione in caso di certificazione a posteriori o con qualificazione esterna secondo
SN EN ISO 9712

Accetto che,

- dati personali, come nome, compleanno, indirizzo e dati di certificazione siano registrati elettronicamente
- e che nome, luogo di residenza come pure informazioni riguardante la certificazione possano essere pubblicate.

Dichiaro la mia concordanza su

- condizioni rilevanti del programma di certificazione secondo il QHB dell' ASPND
- ambito di applicazione per la certificazione.

Assicuro di comunicare per iscritto all' ASPND se,

- le informazioni sul certificato sono errate,
- non soddisfo più le condizioni necessarie per la certificazione
- le mie informazioni rilevanti per la certificazione devono essere cambiate

Assicuro che

- la certificazione non sarà usata in un modo che potrebbe gettare discredito sull' organismo di certificazione
- a seguito di sospensione o ritiro della certificazione tutti i riferimenti alla certificazione stessa saranno rimossi e che in caso di ritiro il certificato stesso sarà ritornato, così come sia il datore di lavoro, sia le parti interessate saranno immediatamente informate,
- i certificati non saranno usati in un modo abusivo.
- in ogni momento durante la mia attività di controllore sarà a disposizione un certificato di capacità visiva valido e
- la mia continuità operativa annuale è gestita e documentata

Accetto

- di rispettare le norme di etica professionale per il personale ASPND secondo QHB, finché sono un portatore di un certificato dell' ASPND.

Accetto che

- l'organismo di certificazione dell'ASPND rimane l'unico proprietario dei certificati
- l'ASPND ha il diritto di annullare un certificato ricevuto se non rispetto queste regole come sopra esposto.

Luogo, Data

Firma del richiedente

(persona da certificare)

Erstellung / Revision		Prüfung und Freigabe		Dokument Nr.:	SGZP-Form-013-i
Datum:	25.08.2022	Datum:	01.10.2022	Revisions Nr.:	0
Durch:	R. Klieber	Durch:	Vorstand	Seite:	2 von 2