

TUV NORD Polska Sp. z o.o.
ul. Mickiewicza 29
40-085 Katowice

- specjalista ds. systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy SZB
- pełnomocnik ds. systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy PB

Zlecenie certyfikacyjne

Niniejszym przedkłada się zlecenie certyfikacyjne. **Odpowiedni poziom kwalifikacji został powyżej zakreślony.**

1. Dane osobowe

.....
Imię: (proszę wypełnić drukiem)

.....
Nazwisko: (proszę wypełnić drukiem)

.....
Data urodzenia: (proszę wypełnić drukiem)

.....
Miejsce urodzenia: (proszę wypełnić drukiem)

.....
Adres: (proszę wypełnić drukiem)

.....
Województwo:

.....
Telefon:

.....
fax

.....
e-mail

Potwierdzam zgodność danych podanych w zleceniu oraz deklaracji / zobowiązań.

.....
Data

.....
Podpis

Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych przez TUV NORD POLSKA Sp. z o.o. (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) w celach związanych z certyfikacją osób.

2. Dane o kwalifikacjach i doświadczeniu zawodowym

2.1. **Wykształcenie** (ukończona szkoła, studia lub inne) (proszę załączyć kserokopie świadectw):

.....

2.2. **Udział w specjalistycznych kursach związanych z BHP**

.....

.....

2.3. **Posiadane ważne certyfikaty z zakresu BHP** (proszę załączyć kserokopie świadectw, zaświadczeń itp.):

.....

.....

2.4. **Doświadczenie zawodowe w pełnym wymiarze godzin :**

Funkcja / stanowisko	Firma (Nazwa, adres, branża)	od do (miesiąc/rok)

Objaśnienia do rozdziałów:

- 2.1 W przypadku SZB, PB, wymagane jest wykształcenie min. średnie. W przypadku ukończenia kilku szkół należy przedstawić świadectwo najwyższej rangi
- 2.2 Proszę podać dokładne dane dot. ukończonych kursów i ich organizatorów
- 2.3 Proszę podać dane dot. wyłącznie ważnych certyfikatów
- 2.4 Obowiązkowo wymagane jest: PB minimum **jeden** rok doświadczenia zawodowego w pełnym wymiarze godzin w przypadku ukończenia studiów wyższych, w przypadku ukończenia szkoły średniej – **dwa** lata

Ogólne wyjaśnienia / zobowiązania

Zapewniam, że wszystkie podane przeze mnie dane dla postępowania certyfikacyjnego odpowiadają prawdzie.

Wyrażam zgodę na opublikowanie udzielonej mi certyfikacji na ogólnodostępnej liście.

Jest mi wiadome, że

- podanie fałszywych danych lub niewłaściwe używanie certyfikatu może prowadzić do jego cofnięcia;
- certyfikat zachowuje ważność tylko w przypadku kontynuacji działalności (przerwy nie dłuższe niż jeden rok)
- można składać skargi wobec rozstrzygnięć jednostki certyfikującej; skargi te w formie pisemnej muszą być kierowane do jednostki certyfikującej

Zobowiązuję się

- po udzieleniu certyfikatu zgłaszać zmiany mojego adresu;
- odnotowywać i informować jednostkę certyfikującą o reklamacjach, które zostaną zgłoszone w stosunku do mojej osoby w obszarze stosowania certyfikatu;
- zgłaszać jednostce certyfikującej przerwanie mojej działalności w zakresie systemu zarządzania BHP na dłużej niż dwa lata.
- uzupełniać swoje wiadomości w zakresie najnowszych wersji norm w zakresie systemu zarządzania BHP.