



## **RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DEL PERSONALE operante per conto dell'Azienda**

Al Presidente di  
ICMQ S.p.A.  
Via G. De Castilia, 10  
20124 Milano

Il sottoscritto

nome e cognome: \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante dell'Azienda: \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_

città: \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_ prov.: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

partita IVA: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

chiede a ICMQ S.p.A. la ☐ concessione ☐ estensione della Certificazione per:

### **TECNICO PER LA MANUTENZIONE E DECORAZIONE DI SUPERFICI ARCHITETTONICHE NEGLI EDIFICI STORICI**



1305

**SINCERT**SISTEMI DI QUALITÀ E CERTIFICAZIONE

SGQ N° 011A  
SGA N° 012D  
PRD N° 011B  
SCR N° 007F  
ISP N° 007E  
DAP N° 002H

**EMAS**

Verificatore accreditato  
I-V-0012

**FEDERAZIONE  
CISQ****IONet**

per le seguenti persone:



eurocer-building

**CANDIDATI.**

1. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

2. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

3. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

4. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

5. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

6. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

7. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

8. Nome e Cognome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo completo di residenza: \_\_\_\_\_  
codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel./cell.: \_\_\_\_\_

---

<p><b>Data desiderata per l'esame:</b> _____</p> <p>Addetto ai rapporti tra Azienda e ICMQ: _____</p> <p>Recapito corrispondenza (indirizzo completo): _____</p> <p>Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____</p>
--

**DOCUMENTI ALLEGATI.**

1.	Certificati di iscrizione e certificato di vigenza della Società in data non anteriore a 6 mesi, rilasciato dalla C.C.I.A.A.	<input type="checkbox"/>
2.	Copia autenticata (anche autocertificata) del Mod. 10 INPS più recente	<input type="checkbox"/>

Per ciascun Candidato:

3.	Copia della disposizione di bonifico delle quote di domanda di certificazione, rilascio certificato e quota parte del mantenimento (calcolato in dodicesimi dal mese successivo alla data dell'esame, come da tariffario)			<input type="checkbox"/>
4.	Copia del codice fiscale e di un documento di identità valido			<input type="checkbox"/>
5.	Copia di un attestato di frequenza ad un corso professionale relativo alla specializzazione oggetto di certificazione (oppure, barrare la casella nel caso l'esame sia previsto direttamente al termine del corso)			<input type="checkbox"/>
6.	In alternativa al punto precedente, il sottoscritto dichiara* che i Candidati n° ..... hanno svolto, nell'ultimo triennio, i seguenti tre lavori, relativi alla specializzazione oggetto di certificazione:			
	PERIODO	COMMITTENTE (nome, indirizzo, tel.)	DESCRIZIONE DEI LAVORI	
a.				
b.				
c.				
* ICMQ si riserva il diritto di controllare le informazioni riportate. In caso di falsificazione, l'iter di certificazione verrà interrotto e le quote già versate non verranno restituite.				

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione ed accettare integralmente il Tariffario ICMQ per l'anno in corso, il Regolamento Generale per la certificazione del Personale, nonché il Regolamento Tecnico di riferimento.

Autorizza altresì il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/03.

Con osservanza.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_