



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:

POSA DI SISTEMI COSTRUTTIVI A SECCO IN CARTONGESSO

con la seguente specializzazione:

- ☐ Realizzazione di pareti, contropareti e controsoffitti
- ☐ Sistemi per l'isolamento e l'assorbimento acustico
- ☐ Sistemi per la protezione passiva dall'incendio
- ☐ Sistemi per lastre cementizie
- ☐ Realizzazione di controsoffitti modulari
- ☐ Sistemi per superfici curve
- ☐ Sistemi integrati con impianto di illuminazione
- ☐ Realizzazione di sottofondi a secco per pavimentazione
- ☐ Sistemi di contenimento per solai in latero-cemento soggetti a fenomeno di "sfondellamento"
- ☐ Gestione e coordinamento di squadre di posa



1305



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



Verificatore accreditato
I-V-0012



eurocer-building

per le seguenti persone:

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.: _____

Data desiderata per l'esame: _____

Addetto ai rapporti tra Azienda e ICMQ: _____

Recapito corrispondenza (indirizzo completo): _____

Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

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.				
<small>* 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.</small>				

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: _____