



**DOMANDA**  
**di Qualificazione relativa alle Figure Professionali EAS/EAE**  
**(European Adhesive Specialist/Engineer )**  
**prevista dall'European Welding Federation (EWF)**

Il Sottoscritto (Cognome) .....(Nome).....  
 nato a .....(Prov. ....) il .....  
 ed residente a (C.A.P.) .....(Città) .....(Prov.).....  
 Via .....Tel.....  
 e-mail .....

**Dichiara** di far parte della Società/Ente seguente (se è gestita un'attività in proprio, specificarla indicando partita IVA o CF ed eventuali iscrizioni a Registri o Albi) :

(Ragione sociale).....  
 con sede a (C.A.P.) .....(Città) .....(Prov.).....  
 Via.....Tel.....  
 e-mail .....Fax.....  
 partita IVA n° .....codice fiscale n°.....  
 Segmento di mercato (contesto nel quale l'azienda opera): .....  
 Prodotti/servizi forniti: .....

**CHIEDE** (segnare la casella di interesse)  
**l'ammissione agli esami di qualificazione per la figura professionale di:**

**EAS**       **EAE**

subordinata alla compilazione dell'Appendice A allegata alla presente domanda.

**Dichiara** di aver effettuato il pagamento tramite **bonifico bancario in via anticipata** intestato a:  
 IIS CERT srl – Lungobisagno Istria, 29r – Genova – P.IVA e C.F. 01995920996  
Banca di appoggio: Banca Intesa San Paolo, IBAN: IT 38 H 0306901481100000000466  
indicando nella causale: nominativo del candidato; tipo di qualifica richiesta; parte di esame richiesta

**Chiede** di intestare la fattura a (salvo diversa indicazione la qualifica verrà inviata al soggetto intestatario della fattura):

(Ragione sociale).....  
 con sede a (C.A.P.) .....(Città) .....(Prov.).....  
 Via.....Tel.....  
 e-mail .....Fax.....  
 partita IVA n° .....codice fiscale n°.....  
 Cod. univoco per S.D.I.....  
 Eventuale PEC per l'invio della fattura elettronica .....

Data ..... Firma .....



## APPENDICE A – Modulo CFP 177

Il candidato richiede di svolgere gli esami di qualificazione presso la sede di.....  
 .....previsti in data.....

### A tale scopo:

- 1) Dichiaro di aver seguito il corso propedeutico all'esame richiesto presso:  
 .....dal.....al.....
- 2) Dichiaro di possedere il seguente titolo di studio:  
 .....
- 3) Dichiaro di possedere almeno due anni di esperienza relativamente al processo speciale di incollaggio (solo per EAS) (a tale scopo è **obbligatorio allegare CV**)
- 4) Dichiaro di aver preso visione e di accettare i seguenti regolamenti (visibili sul sito [www.iis.it](http://www.iis.it)):
  - "Regole di Condotta Professionale" (Mod. CFP 022).
  - "Regolamento sull'uso del Marchio" ( Doc. QAS 002 R).
  - "Regolamento per la certificazione di sistema, personale, prodotto- Condizioni generali di Contratto" (Doc. QAS 017 R).
  - "Regolamento per la qualificazione e la certificazione delle figure professionali EWF/IIW" (Doc. QAS 022 R)

Un comportamento non conforme ai suddetti regolamenti può portare alla revoca del Diploma.

Dichiaro che quanto indicato nel presente modulo è veritiero (rif. Art. 76 DPR 28.12.2000, n° 445), riconosce al Comitato di Salvaguardia dell'Imparzialità dell'IIS CERT il diritto di eseguire eventuali accertamenti, accetta il giudizio finale dell'IIS CERT e manleva l'IIS CERT stesso, la Commissione Ricorsi, il Comitato di Salvaguardia dell'Imparzialità e la Commissione d'esame da ogni responsabilità su eventuali conseguenze derivanti dal giudizio emesso e dall'utilizzo della Qualificazione.

**Allega** alla presente domanda:

- Copia bonifico bancario
- Copia del titolo di studio dichiarato al punto 2)
- Copia di un Curriculum Vitae attestante l'esperienza di cui al punto 3) (solo per EAS)

### **NOTA:**

**E' necessario inviare il presente modulo ad IISCERT all' e-mail: [esamicert@iiscert.it](mailto:esamicert@iiscert.it) con allegata distinta del bonifico effettuato.**

**TALE INVIO DOVRA' AVVENIRE CONTESTUALMENTE AL PAGAMENTO PER PERMETTERE LA TEMPESTIVA EMISSIONE DELLA FATTURA QUIETANZIATA.**

Per informazioni e richieste di assistenza potete rivolgervi a: - Area CFP di IIS CERT:

Sig.ra Lucia Fiorello (tel. 010-8341.403)  
 Sig.r Cristiano Novarini (tel. 010-8341.443)

- Responsabile CFP di IIS CERT: Ing. Emanuele Gandolfo (tel. 010-8341.376; e-mail: [emanuele.gandolfo@iiscert.it](mailto:emanuele.gandolfo@iiscert.it))



### **Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n° 679/2016 e D.lgs n° 196/2003**

I Co-titolari del trattamento dei dati personali sono IIS CERT Srl e le altre entità giuridiche appartenenti al Gruppo IIS (segnatamente, Istituto Italiano della Saldatura – Ente Morale, IIS PROGRESS Srl e IIS SERVICE Srl). Il trattamento dei predetti dati sarà effettuato da personale autorizzato e da società terze nominate Responsabili del trattamento, con strumenti cartacei ed elettronici e per i tempi e per le finalità dettagliatamente specificati nell' Informativa Privacy, costituente parte integrante della presente domanda e scaricabile dal sito [www.iis.it/privacy](http://www.iis.it/privacy), a cui si rimanda, così come per i diritti riconosciuti agli interessati, esercitabili scrivendo all'indirizzo mail [dataprotection@iis.it](mailto:dataprotection@iis.it). L'interessato, con l'accettazione del presente documento, dà atto di aver preso attenta visione della predetta informativa, confermando di averne compreso il contenuto in ogni sua parte.

Il sottoscritto, in relazione al trattamento dei propri dati per attività di diffusione della conoscenza, marketing e invio di comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti e/o servizi offerti dal Gruppo IIS, relativi anche a eventi e/o convegni organizzati dal medesimo (cfr. punto 2 lett. c dell'informativa), informato che il consenso è facoltativo:

PRESTA il consenso

NON PRESTA il consenso

Luogo, data

Firma

### **Si informa che i seguenti consensi sono necessari per poter procedere con le attività di certificazione:**

Il sottoscritto, in riferimento al trattamento e comunicazione dei propri dati personali di cui al punto 4.2 dell'informativa (pubblicazione di dati personali comuni sul sito istituzionale del Gruppo IIS e/o la comunicazione degli stessi ad Istituzioni e/o Enti Nazionali di Accreditamento e/o Associazioni di categoria)

PRESTA il consenso

NON PRESTA il consenso

Luogo, data

Firma