

RESERVADO AOS SERVIÇOS	
N.º processo	

Foto

1. DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____

DATA NASCIMENTO: _____ SEXO: FEMININO MASCULINO

ENDEREÇO EMAIL: _____ TELEFONE: _____

TELEMÓVEL: _____ FAX: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ DATA DE VALIDADE: _____

N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL: _____

SETOR EM QUE TRABALHA PREFERENCIALMENTE: AR CONDICIONADO REFRIGERAÇÃO

TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA: _____

TEM ALGUMA NECESSIDADE ESPECIAL SIM NÃO -SE SIM, QUAL _____**2. CERTIFICAÇÃO A REQUERER**1. MANUSEAMENTO DE GASES FLUORADOS COM EFEITO DE ESTUFA CATEGORIA I CATEGORIA II CATEGORIA III CATEGORIA IV **3. DADOS DO EMPREGADOR/PROMOTOR (se aplicável)**

NOME DA EMPRESA/PROMOTOR: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

TELEMÓVEL: _____ N.º DE IDENTIFICAÇÃO PESSOA COLETIVA: _____

NOME PESSOA CONTACTO: _____

EMAIL PESSOA CONTACTO: _____

TELEFONE PESSOA CONTACTO: _____ TELEMÓVEL PESSOA CONTACTO: _____

4. RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTOPRÓPRIO EMPREGADOR PROMOTOR OUTRO

Preencher se seleccionou opção "outro"

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDADE: _____

N.º DE IDENTIFICAÇÃO PESSOA COLETIVA: _____

5. DOCUMENTAÇÃO A ENTREGAR

(seleccionar de acordo com documento suplementar correspondente a cada esquema de certificação)

- ____ Ficha de inscrição preenchida
____ Fotocópia do B. I/cartão do cidadão do candidato
____ Documento(s) que evidencie(m) qualificação académica
____ Documento(s) que evidencie(m) ações de formação relevantes para o esquema de certificação pretendido
____ Documento(s) que evidencie(m) experiência profissional
____ 2 fotografias tipo passe
____ Comprovativo do pagamento dos custos associados

6. OUTRA INFORMAÇÃO CONSIDERADA, PELO CANDIDATO, IMPORTANTE PARA A CANDIDATURA

7. ACEITAÇÃO DE CONDIÇÕES/VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES APRESENTADASCondições para certificação

Eu, candidato à certificação:

- Manuseamento de gases fluorados com efeito de estufa
categoria I , categoria II , categoria III , categoria IV

declaro que li e aceito os requisitos do Esquema de Certificação constantes do CP.01.01 – Regulamento Geral – Requisitos do Sistema de Certificação e dos Documentos Suplementares aplicáveis.

Condições para a Pessoa Certificada

Eu, após obter a certificação acima seleccionada, e como Pessoa Certificada declaro que me comprometo a:

- cumprir com as regras e requisitos do esquema de certificação;
- apresentar reclamações ao organismo de certificação, apenas no âmbito da respetiva certificação;
- não utilizar a certificação de forma a comprometer a reputação do organismo de certificação nem de forma não autorizada ou considerada enganosa pelo organismo de certificação;
- cessar a utilização dos direitos da certificação, incluindo a referência ao organismo de certificação ou à certificação propriamente dita, aquando da suspensão ou anulação da certificação, e devolver o certificado emitido pelo organismo de certificação;
- não utilizar o certificado de forma enganosa;
- atualizar os meus dados pessoais junto do organismo de certificação.

Validade de Informações

Declaro serem válidas todas as informações apresentadas como evidências no processo de candidatura.

Proteção de dados

De acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016) consinto o tratamento dos meus dados pessoais nas atividades realizadas no OCP da AIPOR.

A AIPOR - Organismo de Certificação de Pessoas conservará estes dados e não os irá partilhar com terceiros, garantindo-lhe os direitos previstos na lei, incluindo o direito de acesso, retificação, esquecimento e oposição ao tratamento dos seus dados para efeitos de marketing direto.

DATA INSCRIÇÃO	ASSINATURA DO CANDIDATO

8. A PREENCHER PELO OCPValidação da documentação1. A documentação está completa 2. A documentação está incompleta. O candidato foi informado em _____

Data: _____ Responsável: _____

3. A documentação está completa

Data: _____ Responsável: _____

Validação da candidatura1. Candidatura válida: marcar exame 2. Candidatura não válida

Motivos _____

Data: _____ Responsável técnico do OCP: _____