Il/la sottoscritto/a **nome e cognome**, nato a **luogo di nascita** il **data di nascita**, C.F. **codice fiscale**, residente in **luogo di residenza**, Via **via** civico **civico** CAP **CAP** PV **provincia** , tel. **Telefono**, cell. **cellulare**, e-mail **e-mail** richiede di potere partecipare all’esame di certificazione per la figura professionale di **figura professionale** che si terrà il **data d’esame** presso **sede d’esame** .

Dichiaro di aver preso pienamente visione, compreso e accettato integralmente la seguente documentazione, pubblicata sul sito internet www.acsitalia.it:

* Regolamento generale REG 01
* Regolamento per l’uso del logo e del certificato REG02
* Schema di certificazione SCH 01
* Informativa sulla privacy
* Codice deontologico CD
* Tariffario TRF 01

Mi impegno inoltre a non divulgare il materiale d’esame e a non prendere parte a prassi fraudolente inerenti la sottrazione di materiali d’esame.

Invito inoltre a considerare i seguenti dati di fatturazione:

Ragione sociale / Nome e cognome: **Ragione sociale o nome e cognome**

Città: **Città** Via **via** civico **civico** CAP **CAP** PV **provincia**

P.IVA: **CAP** C.F: **CAP**

Codice SDI/PEC: **SDI/PEC**

Nell’eventualità in futuro i suddetti dati dovessero cambiare mi impegnerò a comunicarveli prontamente.

###### Documenti da allegare:

* Regolamento Generale REG 01 e Informativa sulla Privacy, Codice Deontologico, controfirmati per presa visione e accettazione.
* Copia di un documento di identità valido.
* Curriculum Vitae aggiornato, datato, firmato per esteso e completo di consenso al trattamento dati personali e di dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 “cosi come modificato da Il Decreto Legge n. 76/2020, (convertito con Legge n. 120/2020).
* Attestato di superamento del corso previsto per il profilo secondo quanto definito nello schema SCH01.
* Presentazione esperienza lavorativa tramite modello allegato; è richiesta la descrizione di almeno tre esperienze/progetti significativi utilizzando il modulo allegato.
* Dichiarazioni attestanti il possesso dei requisiti di esperienza professionale o autodichiarazione redatta in conformità agli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000 contenente la clausola di rendere disponibile a ACS quanto dichiarato, in ogni momento e su semplice richiesta.

Note Generali:

* La presente domanda sarà considerata valida solo se compilata integralmente e corredata degli allegati richiesti.
* Il pagamento dell’esame si effettua prima dello svolgimento dello stesso. Per esame condotto da ACS o da OdV qualificato ACS, eseguire le istruzioni di pagamento comunicate al momento della conferma dell’esame. In caso di operazioni in regime di non assoggettamento/non imponibilità IVA, detta esenzione dovrà essere comunicata per iscritto dal Cliente al momento dell'iscrizione, specificando il riferimento normativo.
* Per il pagamento delle attività di mantenimento della certificazione, seguire le istruzioni fornite all’atto del mantenimento.
* Il rilascio della Certificazione è subordinato al superamento dell’esame e al soddisfacimento dei requisiti riportati nello schema di certificazione.
* Nell’eventualità il richiedente abbia necessità di assistenza per esigenze speciali, lo stesso ha la facoltà di inoltrare ad ACS specifiche informazioni a riguardo affinché ACS possa soddisfarne le esigenze.
* L’esame si svolge in lingua italiana. Sottoscrivendo il presente documento, il candidato conferma la corretta comprensione della stessa.
* Con l’accettazione del presente modulo il candidato autorizza alla pubblicazione dei propri dati nel Registro ACS e nel data base ACCREDIA delle Figure Professionali Certificate (in caso di mancata autorizzazione, scrivere separatamente a ACS una specifica comunicazione. (Rif. Circolare ACCREDIA N° 24/2016 e Convenzione ACS-ACCREDIA art. 17).

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del Candidato | Firma e Timbro\* |

 \* se i dati di fatturazione differiscono da quelli della persona fisica richiedente la partecipazione all’iter di certificazione.

# Allegato 1

# ESPERIENZA LAVORATIVA DA DISCUTERE IN SEDE DURANTE L’ESAME ORALE

# Candidato (nome/cognome):

# Periodo di riferimento:

**data di avvio** ( / / ) **data di termine** ( / / )

**Settore di attività:** ………………………………………………………………...........................

# Oggetto della consulenza/attività gestita dal candidato:

|  |
| --- |
|  |

# Denominazione/breve descrizione/obiettivo/i del progetto:

|  |
| --- |
|  |

# Modalità adottate dal candidato per la gestione dell’attività sopra descritta:

|  |
| --- |
|  |

# Descrizione di maggior dettaglio che comprenda le attività, metodi e/o strumenti utilizzati dal candidato, i principali documenti e risultati del progetto, le criticità riscontrate, le soluzioni:

|  |
| --- |
|  |