|  |  |
| --- | --- |
| .....\...............................................................................  (wnioskodawca)...................................................................................  (adres, telefon / e-mail)......................................................................................... | ............................**, dnia**.................................  |
| **Urząd Dozoru Technicznego****Jednostka Certyfikująca Osoby UDT-CERT****ul. Szczęśliwicka 34****02-353 Warszawa** |
|

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA UDT |
| Wniosek znak: ........................... |

 | **WNIOSEK O CERTYFIKACJĘ** |

**wnioskuję o:** certyfikację / rozszerzenie certyfikacji / odnowienie certyfikacji\* **w zakresie:**

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................,

(określić poziom i sektor zastosowań ubiegania się o certyfikację)

zgodnie z Programem certyfikacji personelu ochrony katodowej.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko (litery drukowane) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Data i miejsce urodzenia  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. | Nr P E S E L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Adres stałego zamieszkania  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Telefon, e-mail  |
| 6. | Wykształcenie  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | Ilość lat praktyki zawodowej w zakresie ochrony katodowej  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | W tym we wnioskowanym sektorze zastosowań  |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. | Miejsce pracy i adres pracodawcy  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. | Zawód wykonywany  |

|  |  |
| --- | --- |
| 10. | Wskazanie zakładu, w którym będzie możliwe przeprowadzenie egzaminu  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Dozoru Technicznego, z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 34, dla celów związanych z certyfikacją osób.

Deklaruję, że certyfikat (logo/znaki) będzie wykorzystany w podanym zakresie. W przypadku jego zawieszenia lub cofnięcia przez Jednostkę Certyfikującą Osoby UDT-CERT, na skutek moich nieuprawnionych oświadczeń związanych z udzieloną certyfikacją, niewłaściwego, nieuczciwego i wprowadzającego w błąd jego wykorzystania, zostanie on bezzwłocznie zwrócony jego wydawcy, bez jakichkolwiek roszczeń w stosunku do UDT-CERT. Deklaruję, że zapoznałam / zapoznałem się z Programem certyfikacji personelu ochrony katodowej, opublikowanym na stronie [www.udt.gov.pl](http://www.udt.gov.pl).

.................................., **dnia** ..................... .......................................... ..........................................

 (miejscowość) (imię i nazwisko) (podpis )

1. **Dane płatnika, na którego wystawiona będzie faktura VAT** (jeśli płatnikiem nie jest wnioskodawca) (Nazwa firmy, adres, telefon, NIP)

....................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. **Potwierdzam powyższe dane i załączam dowód opłaty.**

.................................., **dnia** ..................... .............................................

 (miejscowość) (podpis wnioskodawcy)

*\* niepotrzebne skreślić*