|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .....  \...............................................................................  (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*