

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa

WNIOSEK NADZORU - PONOWNEGO WYDANIA CERTYFIKATU KOMPETENCJ PERSONELU BADAŃ NIENISZCZĄCYCH

<input type="checkbox"/> - Ponowna certyfikacja	<input type="checkbox"/> - Recertyfikacja
---	---

1. Dane osobowe wnioskującego

Imię	Nazwisko	PESEL
Wykształcenie/ Tytuł		
Adres zamieszkania (ulica , nr domu, kod pocztowy, miejscowość) :		
.....		
.....		
Telefon kontaktowy:		E-mail:

2. Wnioskowany zakres ponownej certyfikacji lub recertyfikacji (zaznaczyć metodę badan, stopień i sektor)

Szczegóły dotyczące posiadanej/wnioskowanej certyfikacji			
Numer certyfikatu:		Data ważności:	
Metoda badań *	1. stopień	2. stopień	3. stopień
_____ (VT, PT, MT, RT, RT2(ORS), UT, UT2 TOFD, UT2 Phased Array)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sektor przemysłowy:			
PW - wytwarzanie (w - złącza spajane, wp - wyroby przerabiane plastycznie oprócz odkuwek, t - rury różnych średnic i grubości ścianek)			<input type="checkbox"/>
PE - Badania przed i eksploatacyjne wraz z wytwarzaniem (w – złącza spajane, wp - wyroby przerabiane plastycznie oprócz odkuwek, c - odlewy, f – odkuwki, t - rury różnych średnic i grubości ścianek)			<input type="checkbox"/>

* Uwaga: Certyfikacja dla metody UT2. TOFD w sektorze PE nie obejmuje sektora wyrobu - odlewy

3. Praktyka dotycząca ponownej certyfikacji lub recertyfikacji

Praktyka we wnioskowanej metodzie badań (podać miesiąc/ lata): Praktyka w badaniach wyrobów objętych Dyrektywą Europejską nr 2014/68/UE – Urządzenia Ciśnieniowe <div style="text-align: center;"> Tak - <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> ** </div> Czy w okresie ważności certyfikatu kompetencji, poprzedzającym składany wniosek były reklamacje do usług świadczonych przez posiadacza certyfikatu, objętych jego zakresem ? <div style="text-align: center;"> Tak - <input type="checkbox"/> Nie - <input type="checkbox"/> ** </div>
--

* - wpisać metodę badań, ** - zakreślić właściwą odpowiedź

4. Ciągłość praktyki w metodzie badań nieniszczących dotyczącej ponownej certyfikacji lub recertyfikacji (należy wypełnić w przypadku zmiany miejsca pracy w ciągu ostatnich 5 lat)

Okres pracy (data)	Opis prac NDT	Miejsce pracy

5. Uwagi dla wnioskującego

- i. Wnioskujący zobowiązany jest do spełnienia wymagań umowy, będącej załącznikiem do certyfikatu, zawartej pomiędzy wnioskującym i Ośrodkiem Certyfikacji Sieci Badawczej Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa. Nie spełnienie tych wymagań może spowodować zawieszenie lub wycofanie certyfikatu kompetencji.
- ii. Certyfikat kompetencji podlega nadzorowi.
- iii. Certyfikat kompetencji wymaga odnawiania co 5 lat. Każdorazowo wnioskujący powinien wypełnić formularz i wnieść opłatę za ponowne wydanie certyfikatu kompetencji.
- iv. Do wniosku o ponowną certyfikację 1. lub 2. stopnia należy dołączyć kopie certyfikatu 1. lub 2. stopnia lub podać jego numer (ISPL) i ważne zaświadczenie o pozytywnym wyniku badania wzroku (wg normy PN-EN ISO 9712).
- v. Do wniosku o ponowną certyfikację 3. stopnia należy dołączyć kopie certyfikatu 3. stopnia dotyczącego „głównej metody badania” lub podać jego numer (ISPL) i ważne zaświadczenie o pozytywnym wyniku badania wzroku (wg normy PN-EN ISO 9712).
- vi. W przypadku recertyfikacji zaświadczenie o pozytywnym wyniku badania wzroku (wg normy PN-EN ISO 9712) musi być ważne na dzień egzaminu recertyfikacyjnego.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sieć Badawcza Łukasiewicz-Instytut Spawalnictwa, ul. Bł. Czesława 16-18, 44-100 Gliwice,
2. w Sieci Badawczej Łukasiewicz – Instytut Spawalnictwa został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, e-mail: RODO@is.gliwice.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe wyszczególnione w pkt.1. wniosku przetwarzane będą w celach związanych z uczestnictwem w procesie szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania osób.
Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestnictwa w procesie szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania osób. Brak ich podania uniemożliwia uczestnictwo ww. procesie.
Numer telefonu i adres e-mail są niezbędne do kontaktu z Panią/Panem w procesie szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania i w celu prowadzenia dodatkowych czynności np. konieczności uzupełniania dokumentacji, oceny szkolenia, nadzoru nad certyfikatem oraz konieczności informowania o zmianach w wymaganiach certyfikacyjnych,
4. podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ww. Rozporządzenia, tj. lit. c) wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze i lit. f) wynikającego z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora oraz lit. b) wypełnienia umowy, której stroną jest osoba której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
Jednocześnie informujemy, że Pani/Pana wizerunek będzie przetwarzany na podstawie art. 6 pkt. lit.c) ww. Rozporządzenia i w oparciu o obowiązujące normy stosowane w procesie szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania osób,
5. w przypadku prawnie uzasadnionych interesów Administratora na czas ich realizacji, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres uczestnictwa w procesie szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania osób, a także po jego zakończeniu, na czas zgodny z przepisami prawa oraz wymaganiami stosowanymi przez Administratora wytycznych i norm będących podstawą szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania osób,
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
7. dostęp do Pani/Pana danych osobowych będą miały tylko osoby upoważnione, w ramach realizacji swoich obowiązków zawodowych.
Na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych dane mogą być przekazane także innym podmiotom, np. firmom informatycznym obsługującym systemy komputerowe wspomagające procesy szkolenia, kwalifikowania i certyfikowania oraz na mocy odrębnych ustaw uprawnionym organom i instytucjom np. sądom, prokuratorom w związku z prowadzonym postępowaniem lub w przypadku doraźnego zlecenia innym odbiorcom np. kancelarii prawnej,
8. Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane poza obszar Europejskiego Obszaru Gospodarczego (dalej "EOG"),
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu przetwarzaniu i profilowaniu,
10. posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016.

Oświadczam, że wrazam zgodę na spełnienie wymagań certyfikacyjnych oraz na dostarczenie wszystkich informacji niezbędnych do oceny.

Zgadzam się na dotrzymanie warunków certyfikacji wymienionych pkt. 5 formularza

Data: **Podpis wnioskującego:**

6. Wypełnia przełożony/pracodawca wnioskującego w przypadku finansowania certyfikacji
(nie dotyczy właściciela firmy - patrz pkt.7)

<p>Nazwa firmy wnioskującego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Przełożony wnioskującego:</p> <p>Ja, podpisany poniżej deklaruje, że podane w punktach 1, 2, 3, 4 wniosku informacje są prawdziwe</p> <p>Imię i nazwisko Stanowisko</p> <p>Podpis..... Data.....</p>
<p>Podpisuje osoba upoważniona do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy wnioskującego (osoba wskazana w KRS do reprezentacji firmy lub posiadająca upoważnienie do zaciągania zobowiązań finansowych)</p> <p>Oświadczamy, że jesteśmy płatnikiem podatku VAT i upoważniamy Sieć Badawczą Łukasiewicz - Instytut Spawalnictwa do wystawienia faktury VAT bez podpisu odbiorcy. Nasz numer NIP:</p> <p>Imię i nazwisko Pieczęćka:</p> <p>Podpis : Data.....</p>

7. Wypełnia weryfikator - jeśli wnioskujący nie posiada zatrudnienia lub jest właścicielem firmy i sam finansuje certyfikację

<p>Osoba, z którą wnioskujący uzgodnił, że w razie potrzeby może potwierdzić i skomentować podane w pkt. 1, 2, 3, 4 wniosku informacje.</p> <p>Nazwa i adres firmy:</p> <p>.....</p> <p>Imię i nazwisko Telefon.....</p> <p>Podpis Data.....</p>
--

8. Wypełnia Ośrodek Certyfikacji

Data wpłynięcia wniosku do Ośrodka Certyfikacji:		
Czy wnioskujący spełnia warunki ponownej certyfikacji /recertyfikacji?	Tak - <input type="checkbox"/>	Nie - <input type="checkbox"/>
Czy wnioskujący dostarczył pozytywny wynik badania wzroku ?	Tak - <input type="checkbox"/>	Nie - <input type="checkbox"/>
Powód braku akceptacji/uwagi:		
Imię i Nazwisko pracownika Ośrodka Certyfikacji		
..... Data i podpis:		