**Inoltrare a CERSA 30 gg prima della data del mantenimento annuale/rinnovo con gli allegati previsti**

|  |
| --- |
| **Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione** (art. 46 e 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000) |
| Il/la sottoscritto/a |
| **Cognome** |  | **Nome** |  |
| Luogo di nascita |  | data di nascita  |  |
| C.F. / P. IVA |  |
| Residenza | Via Città Prov Cap  |
| Domicilio | Via Città Prov Cap  |
| Tel. |  | E-mail |  |

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti al vero,

**DICHIARA**

Con riferimento alla richiesta di Certificazione di Professionista della Security:

* che tutte le informazioni riportate nel presente modulo corrispondono a verità;
* di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa per fatti inerenti l’attività oggetto di certificazione;
* di non essere a conoscenza dell’esistenza di procedimenti in corso per tali situazioni;
* di non avere contenziosi legali in corso;
* di non avere ricevuto reclami dai clienti;
* di avere ricevuto reclami che sono stati gestiti come da documentazione allegata (allegati n°……. )
* di non aver utilizzato il marchio CERSA
* di aver utilizzato il marchio CERSA come da documentazione allegata

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Dati per intestazione contratto e fatturazione** |

Il richiedente inoltra la presente richiesta come:

**□ PRIVATO** peril contratto e la fatturazione saranno utilizzati i dati indicati nella dichiarazione sopra stante

**□ ORGANIZZAZIONE** compilare i campi sottostanti:

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale  |  |
| C.F  |  | P.IVA |  |
| Via  |   | Città  |  | Prov |  | Cap |  |
| Tel.  |  | e- mail - recapito fatture  |  |

|  |
| --- |
|  **convenzione socio** |
| ** AIPROS** | ** AIPSA** |
| ** ANIVP** | ** ASSIV** |

|  |
| --- |
| **AMBITO VIGILANZA PRIVATA DM 269/2010** |
|  ** SI** |
|  ** NO** |

|  |
| --- |
| **CREDITI FORMATIVI (allegare le evidenze dichiarate)** |
| **per il mantenimento annuale** è richiesta l’acquisizione di almeno **8** crediti formativi**per il rinnovo** è richiesta l’acquisizione di almeno **40** crediti formativi complessivi nel quinquennioIn caso di mancata acquisizione dei crediti formativi richiesti, il rinnovo della certificazione è subordinato ad un colloquio orale aggiuntivo alla verifica documentale. |
| **CONVEGNI/** **CORSI DI FORMAZIONE AFFERENTI A TEMI DI SECURITY****(2 partecipazioni = 8 crediti)** | **CORSI DI AGGIORNAMENTO DELLA DURATA MINIMA DI 8 ORE AFFERENTI A TEMI DI SECURITY CON SUPERAMENTO DELLA VERIFICA FINALE****(1 corso = 8 crediti)** | **REDAZIONE DI ARTICOLI O TESTI IN TEMA DI SECURITY, EFFETTIVAMENTE PUBBLICATI** **( 2 documenti = 8 crediti)** | **ATTIVITÀ DI DOCENZA** **IN TEMA DI SECURITY****(1 docenza = 8 crediti)** |
| Organizzazione erogante /Editore della pubblicazione |  |
| Titolo / Oggetto |  |
| Periodo (formato gg/mm/aaaa) | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | N°ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **N° Crediti** | **\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| Organizzazione/Editore |  |
| Titolo / Oggetto |  |
| Periodo (formato gg/mm/aaaa) | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | N°ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **N° Crediti** | **\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| Organizzazione/Editore |  |
| Titolo / Oggetto |  |
| Periodo (formato gg/mm/aaaa) | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | N°ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **N° Crediti** | **\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |
| Organizzazione /Editore |  |
| Titolo / Oggetto |  |
| Periodo (formato gg/mm/aaaa) | dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | N°ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **N° Crediti** | **\_\_\_\_\_\_** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DA COMPILARE A CURA DELL’ORGANIZZAZIONE (nel caso il Professionista ne sia dipendente)** |
|  | **SI** | **NO** |
| **1. l’attività (servizio/prestazione) è stata eseguita come richiesto** | **□** | **□** |
| **2. le aspettative sono state corrisposte** | **□** | **□** |
| **3. la persona certificata ha dimostrato competenza e professionalità** | **□** | **□** |
| **Descrizione e motivazione di eventuali reclami / Testo libero**  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Legale rappresentante dell’Organizzazione (timbro e firma)**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| ***(spazio riservato a CERSA)*** |

**ESITO VALUTAZIONE**

Sulla base delle evidenze documentate fatte pervenire dal Professionista:

**□ si conferma la conformità della sua certificazione ai requisiti indicati nello schema**

**□ NON si conferma la conformità della sua certificazione ai requisiti indicati nello schema con riferimento alle seguenti motivazioni/evidenze: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_