

Žádost o zkoušku a certifikaci

na funkci:

obor: *)

žádost o provedení: certifikace
 recertifikace bez zkoušky
 recertifikace formou zkrácené zkoušky

Část 1		<u>Základní údaje o žadateli</u>	
Příjmení, jméno, tituly:			
Datum narození:			
Místo narození:			
Kontaktní adresa:	Ulice a č.p.:		
	Město:		
	PSČ:		
Kontaktní email:			
Kontaktní telefon:			
Adresa bydliště:	Ulice a č.p.:		
	Město:		
	PSČ:		
Část 2		<u>Údaje o zaměstnavateli</u>	
Název zaměstnavatele			
Adresa zaměstnavatele:	Ulice a č.p.:		
	Město:		
	PSČ:		
Telefon zaměstnání:			
Fax zaměstnání:			
Část 3		<u>Údaje o vzdělání a praxi</u>	
<u>Vzdělání</u>			
Škola	Od – do r.	Forma ukončení	Titul

*) Obor se uvádí pouze u funkcí: Manažer bezpečnosti potravin, (Vedoucí) Technik požárních prostředků a zařízení, (Vedoucí) Poradce systému managementu

Kurzy týkající se certifikované funkce		
Název kurzu	Datum	Školící organizace

<u>Praxe:</u>			
Zaměstnavatel	Od – do r.	Funkce	Praxe je ve vztahu k požadované certifikované funkci
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO/ <input type="checkbox"/> NE

Část 4 **Téma závěrečné práce pro certifikační zkoušku:**
(pokud je závěrečná práce povinná)

Schválil (podpis):

Část 5 **Fakturační údaje**

Název:		
IČ:		
DIČ:		
Fakturační adresa:	Ulice a č.p.:	
	Město:	
	PSČ:	

V případě, že zkouška bude fakturována na zaměstnavatele žadatele o certifikaci, doplňte razítko a podpis odpovědné osoby zaměstnavatele:

.....

razítko a podpis zaměstnavatele

Část 6		<u>Doplňující údaje:</u>
Žádám o vydání:	<input type="checkbox"/> národního certifikátu	
	<input type="checkbox"/> národního certifikátu a certifikátu EOQ	
	<input type="checkbox"/> 2 originálů národního certifikátu v anglickém jazyce	
	<input type="checkbox"/> 2 originálů národního certifikátu v jiném jazyce:	
Zvláštní požadavky s ohledem na zdravotní stav žadatele (např. vozíčkář, postižený)		
Místo pro doplňující údaje:		
Část 7		<u>Závěrečná ustanovení</u>
<ol style="list-style-type: none">1) Žadatel souhlasí s plněním požadavků certifikace a s poskytnutím jakýchkoliv informací potřebných pro hodnocení2) V případě získání certifikátu žadatel souhlasí s publikováním svých osobních údajů (jméno a příjmení, zaměstnavatel, druh a platnost certifikátu) na internetových stránkách www.csq-cert.cz a v časopise Perspektivy jakosti.3) V případě získání certifikátu žadatel souhlasí s tím, aby korespondence mezi ním a CO byla vedena elektronickou poštou (na kontaktní email uvedený v Části 1).4) Uchazeč o certifikaci prohlašuje, že dotazník byl vyplněn pravdivě a že nebyly zamlčeny žádné skutečnosti mající vliv na zařazení do certifikačního procesu.		
<u>Datum a podpis žadatele o certifikaci:</u>		
Část 8		<u>Adresa doručení žádosti</u>
Certifikační orgán CSQ-CERT při České společnosti pro jakost Novotného lávka 5, 116 68 Praha 1		

Část 9		Místo pro záznamy CSQ-CERT	
P.č.	Aktivita	Datum	Podpis
1.	Došlo do ČSJ:		---
2.	Zanesl do příchozí evidence	---	
3.	Zkontroloval úplnost		
4.	Vrátil zpět žadateli k doplnění		
5.	Došlo do ČSJ po doplnění		
6.	Zkontroloval úplnost		
7.	Zařadil do evidence žadatelů		
Poznámky:			