



Gradua-CEGOS, s.r.o., certifikační orgán pro certifikaci osob č. 3005
akreditovaný Českým institutem pro akreditaci, o.p.s. podle ČSN EN ISO/IEC 17024

ŽÁDOST O CERTIFIKACI OSOB K VÝKONU FUNKCE

Část A – vyplní žadatel

<input type="checkbox"/> QM manažer kvality	<input type="checkbox"/> QA auditor kvality	<input type="checkbox"/> MO metrolog organizace	<input type="checkbox"/> MS metrolog specialista
---	---	---	--

<input type="checkbox"/> EMS A auditor EMS	<input type="checkbox"/> EMS M manažer EMS	<input type="checkbox"/> SM BOZP M manažer SM BOZP	<input type="checkbox"/> SM BOZP A auditor SM BOZP
--	--	--	--

vyznačte křížkem

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození
----------	-------	-------	----------------

Držitel certifikátu <i>ano/ne</i> QM, QA, MO, MS, EMS A, EMS M, SM BOZP M, SM BOZP A (zakroužkujte), Číslo certifikátu: Vydán CO č. : /název: Platnost do:
--

vyznačte křížkem kontaktní adresu

Trvalé bydliště:	PSČ		
tel.:	fax:	e-mail:	<input type="checkbox"/>

Zaměstnavatel (firma), adresa /pro fakturaci/:			
tel.:			
IČ:	DIČ:	Bankovní spojení:	<input type="checkbox"/>

Pracoviště, adresa:	PSČ		
tel.:	fax:	e-mail:	<input type="checkbox"/>

Nejvyšší ukončené vzdělání, obor, specializace:

Počet let praxe celkem: z toho: počet let v oboru požadované certifikace:
ve funkci:
<i>praxe v provádění auditů (pro auditory) - viz strana 2 žádosti</i>

Další studium, kurzy, školení: (doklady v příloze)

Souhlasím s plněním požadavků certifikace a poskytnutím jakýchkoliv informací potřebných k hodnocení.

Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb. souhlasím se zpracováním mých osobních údajů poskytnutých v rámci certifikačního procesu pro účely certifikace a evidence certifikovaných osob CO č. 3005 na dobu platnosti certifikátu plus 1 rok.

Dne

Podpis.....

Přílohy ks

Část B – vyplní certifikační orgán

Datum přijetí žádosti	Evidenční číslo	Datum hodnocení
-----------------------	-----------------	-----------------

