



člen skupiny Cegos

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"/> MMe manažer metrologie	
<input type="checkbox"/> EMS A auditor EMS	<input type="checkbox"/> EMS M manažer EMS	<input type="checkbox"/> BOZP M manažer BOZP	<input type="checkbox"/> BOZP A auditor BOZP

vyznačte křížkem

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

Držitel certifikátu *ano/ne* QM, QA, MO, MS, EMS A, EMS M, BOZP M, 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:

praxe v provádění auditů (pro auditory) - viz strana 2 žádosti

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

Souhlasím s plněním požadavků na certifikaci 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
-----------------------	-----------------	-----------------

