



DOMANDA DI CERTIFICAZIONE
MEDICO SPORTIVO
ESPERTO IN ECOCARDIOGRAFIA BASALE





Profilo/i professionale/i	➤ MEDICO SPORTIVO IN ECOCARDIOGRAFIA BASALE
Prassi di Riferimento	➤ UNI/PdR 64.4:2019 – Profili professionali esperti del settore medico sanitario – Area Medicina dello Sport
Schema di Certificazione	➤ SA_11_MSEB

↓↓ Si prega di compilare in modo chiaro e leggibile la pagina successiva ↓↓


Il/La sottoscritto/a

DATI ANAGRAFICI PERSONALI

Nome	
Cognome	
Nazionalità	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo di residenza	
Cap Residenza	
Telefono personale	
Cellulare personale	
Email personale	
Eventuale email - Pec	
Eventuale partita Iva	

ESTREMI PER LA FATTURAZIONE

Ragione Sociale	
Città di fatturazione	
Indirizzo di fatturazione	
Cap di fatturazione	
Codice fiscale fatturazione	
Partita Iva di fatturazione	
Email di riferimento	
Eventuale email - Pec	
Sito web	
Telefono aziendale	

	Domanda di Certificazione MSEB	M_011
		Rev.1 del 07/09/2019

Cellulare aziendale	
Eventuale nominativo referente interno aziendale	

chiede di essere iscritto/a al registro dei professionisti certificati secondo lo schema:

Schema di Certificazione	➤ SA_11_MSEB
Prassi di Riferimento	➤ UNI/PdR 64.4:2019 – Profili professionali esperti del settore medico sanitario – Area Medicina dello Sport

Dichiaro di aver preso visione del tariffario di schema, del codice deontologico, dello Schema di certificazione e dei requisiti professionali in esso contenuti, e accetto di produrre le evidenze oggettive necessarie per soddisfare tali requisiti.

Dichiaro, inoltre, di aver preso visione degli argomenti professionali indicati nei documenti di schema e di voler sottopormi al processo di valutazione per la certificazione secondo la procedura indicata nella medesima documentazione (scaricabile dal sito www.sa-certification.it).

Il/La sottoscritto/a

Data X **Firma** X

❖ Autorizza SA Certification a inviarmi le comunicazioni all'indirizzo mail indicato nell'anagrafica


❖ Allego alla presente iscrizione le evidenze oggettive che ritengo adeguate per la vostra analisi documentale e che sono disposto ad integrare se a vostro giudizio ed in base ai requisiti di schema siano ritenute insufficienti. (Curriculum Vitae ed evidenze dei requisiti di istruzione ed esperienza lavorativa per come richiesti dalle regole dello schema). In riferimento a tali evidenze dichiaro sotto la mia personale responsabilità civile e penale, in conformità al DPR 445/2000 e al Regolamento UE 2016/679-GDPR, che i dati e le informazioni in essi riportati corrispondono a verità

Data X **Firma** X

Il/La sottoscritto/a:

❖ Dichiaro inoltre di essere a conoscenza degli obblighi derivanti dalla certificazione del personale e delle sanzioni previste in caso del loro mancato rispetto come previsto dai documenti contrattuali SA Certification:

SA_11_MSEB Procedura di Schema MSEB

	Domanda di Certificazione MSEB	M_011
		Rev.1 del 07/09/2019

Regolamento Uso Marchio di certificazione

- ❖ Dichiaro di conoscere l'articolazione dello schema ed in particolare la durata e l'impegno al mantenimento per il quale è necessario, oltre al versamento della quota indicata nel tariffario, produrre le evidenze indicate nei requisiti di schema.
- ❖ Dichiaro di essere a conoscenza che posso recedere a titolo gratuito dal presente contratto, comunicando a mezzo raccomandata la mia intenzione, almeno tre mesi prima della scadenza annuale. Qualora la disdetta avvenga dopo tale periodo (dai 3 mesi alla data di scadenza) l'eventuale recesso anticipato comporta il pagamento della quota prevista per l'anno in corso (es. quota di mantenimento annuale o quota di rinnovo periodico).
- ❖ Dichiaro di mantenere riservate tutte le informazioni ricevute durante l'esame a mi impegno a non divulgare materiali di esame riservati, né a prendere parte a prassi fraudolente relative alla sottrazione di materiale di esame.

Il/La sottoscritto/a:

Data

Firma

Vi informiamo che i dati forniti con il presente documento ed ogni altro dato raccolto nel corso rapporto instauratosi verranno trattati da SA Certification ai fini del rapporto contrattuale e contabile. I dati non saranno oggetto di diffusione ma potranno essere utilizzati per informarVi su ulteriori attività. I dati saranno inseriti sul sito Internet di SA Certification e negli elenchi pubblicati in Italia, Accredia ed altri Enti accreditanti e/o notificanti secondo le modalità dagli stessi previste. Il titolare del trattamento è SA Certification, con sede a Firenze. Con la sottoscrizione della presente, l'interessato fornisce il consenso agli aggiornamenti introdotti dal GDPR. L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del citato decreto. È possibile visualizzare e scaricare l'informativa sulla privacy di SA Certification all'indirizzo internet www.sa-certification.it

Il/La sottoscritto/a:

Data

Firma

Si prega di restituire il presente modulo debitamente compilato e firmato:

via e-mail all'indirizzo: info@sa-certification.it

o via posta ordinaria a SA Certification – Via A. Cesalpino, 5/B, 50134, Firenze