



RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DEL PERSONALE

Al Direttore di
ICMQ S.p.A.
Via G. De Castilia, 10
20124 Milano

Il sottoscritto

nome: _____ cognome: _____

indirizzo di residenza: _____

città: _____ cap: _____ prov.: _____

telefono: _____ fax: _____

cell.: _____ e-mail: _____

partita IVA: _____ PEC: _____

codice fiscale: _____

che opera per conto della seguente Azienda: _____

indirizzo: _____

città: _____ cap: _____ prov.: _____

telefono: _____ fax: _____

partita IVA: _____ e-mail: _____

legale rappresentante dell'Azienda: _____

addetto ai rapporti tra Azienda e ICMQ: _____

chiede a ICMQ S.p.A. la concessione della certificazione per:

- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **303/2008**, **Categoria I** (controllo, recupero, installazione, manutenzione e riparazione di apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **303/2008**, **Categoria II** (recupero, installazione, manutenzione e riparazione di apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **303/2008**, **Categoria III** (recupero in relazione di apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **303/2008**, **Categoria IV** (controllo delle perdite di apparecchiature fisse di refrigerazione, condizionamento d'aria e pompe di calore)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **304/2008** (controllo, recupero, installazione, manutenzione e riparazione di impianti di protezione antincendio)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **305/2008** (recupero di taluni gas fluorurati ad effetto serra dai commutatori ad alta tensione)
- ☐ Attività di cui al Regolamento (CE) n. **306/2008** (recupero di taluni solventi a base di gas ad effetto serra dalle apparecchiature)

(segue)



DOCUMENTI ALLEGATI.

1.	Copia di un documento di identità valido.	<input type="checkbox"/>
2.	Due fototessera (preferibilmente in formato digitale da inviare a: icmq@icmq.org).	<input type="checkbox"/>
3.	Copia della disposizione di bonifico delle quote previste a tariffario.	<input type="checkbox"/>
4.	Copia delle Condizioni Generali di Contratto per la certificazione del personale (PS DOC 01) debitamente firmata.	<input type="checkbox"/>

In caso di adesione ad associazioni di categoria, indicare il nome dell'associazione:

Indicare il destinatario della fatturazione:

☐ il sottoscritto

☐ l'Azienda sopra indicata

Il sottoscritto dichiara di avere preso visione ed accettare integralmente il Tariffario ICMQ per l'anno in corso e il Regolamento Tecnico di riferimento.

Autorizza altresì il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/03.

In particolare il sottoscritto dichiara di accettare il trattamento dei dati contenuti nella presente e negli allegati ai fini della comunicazione al Registro di cui al D.P.R. 43 del 27/01/2012.

Con osservanza.

Data: _____

Firma: _____