

Association suisse des essais non destructifs

Demande de certification

Données personnelles	Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____ N° d'identification ASEND: _____ NP / Localité: _____ Rue / N°: _____ Employeur: _____ Adresse: _____ Tel: _____ _____ Fax: _____ e-Mail: _____																																
Domaine de certification	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Méthode</th> <th style="width: 20%;">Niveau</th> <th style="width: 30%;">Contrôles avant et en cours d'exploitation (c f t w wp)</th> <th style="width: 30%;">Aéronautique et spatial (c f t w wp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">ET</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">LT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">MT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">PT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">RT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">UT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">VT</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Méthode	Niveau	Contrôles avant et en cours d'exploitation (c f t w wp)	Aéronautique et spatial (c f t w wp)	ET		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthode	Niveau	Contrôles avant et en cours d'exploitation (c f t w wp)	Aéronautique et spatial (c f t w wp)																														
ET		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
LT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
MT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
PT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
RT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
UT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
VT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Conditions à remplir pour la certification	Cours de formation suivi: _____ Examen de qualification réussi: _____ Expérience préliminaire (introduction / travaux de contrôle) pour la méthode à certifier: _____ mois Expérience totale en CND: _____ mois pour les méthodes: <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> LT <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> UT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> VT Examen d'acuité visuelle du: _____ (annexé)																																
Facturation	<input type="checkbox"/> à l'adresse de l'employeur <input type="checkbox"/> à l'adresse privée																																
Lieu / Date / Signatures	Requérant _____ Employeur _____																																
A remplir par l'expert délégué par l'ASEND																																	
Décision	L'examen de qualification est <input type="checkbox"/> réussi <input type="checkbox"/> non réussi																																
Lieu / Date / Signature	_____																																
A remplir par le délégataire de la certification																																	
Décision	Les conditions de certification sont <input type="checkbox"/> remplies <input type="checkbox"/> non remplies																																
Lieu / Date / Signature	_____																																

Veillez considérer et signer le dos

Association suisse des essais non destructifs

Déclaration d'accord et signature

Je suis d'accord,

- pour que mes données comme le nom, l'anniversaire, l'adresse et les données de certification sont stockés électroniquement
- et que le nom, le domicile ainsi que les données concernant la certification puissent être publiées.

Je déclare mon accord

- avec les conditions relevantes du programme de certification selon le manuel de qualité de l'ASEND
- ainsi qu'avec le domaine d'application de la certification.

J'assure de communiquer par écrit à l'ASEND,

- si les données sur le certificat sont fausses,
- si je ne remplis plus les conditions nécessaires pour la certification,
- ou s'il faut modifier mes données relevantes pour la certification.

J'assure,

- que la certification n'est pas utilisée dans une manière, qui pourrait discréditer le bureau de certification,
- qu'après la suspension ou le retrait de la certification, toutes les indications sur la certification sont omises et que les certificats correspondants sont retournés, et
- que des certificats ne sont pas utilisés abusivement.

Je me déclare d'accord

- à respecter les règles éthiques professionnelles pour le personnel CND selon le manuel de qualité de l'ASEND, tant que je suis propriétaire d'un certificat de l'ASEND.

Je reconnais,

- que le bureau de certification ASEND reste le propriétaire unique des certificats, et
- que l'ASEND a le droit de déclarer un certificat donné pour invalide, si j'enfreins les règles, mentionnées auparavant.

Lieu / Date

Signature du requérant

(person à certifier)