



AUTODICHIARAZIONE ASSENZA DI RECLAMI – PERITI LIQUIDATORI ASSICURATIVI – UNI 11628 QI 350110

Il/La Sottoscritto/a COGNOME E NOME _____

N. DI REGISTRO _____ DATA INSERIMENTO A REGISTRO ____/____/____

CERTIFICAZIONE: PERITO LIQUIDATORE ASSICURATIVO PERITO LIQUIDATORE ASSICURATIVO SENIOR,

nel periodo dal _____ al _____,

IN OCCASIONE DEL: MANTENIMENTO ANNUALE RINNOVO DELLA CERTIFICAZIONE

DICHIARA

la continuità dell'attività professionale oggetto della certificazione suddetta e, ai sensi degli artt. 46 e 76 del D.P.R. 445/2000, in merito all'attività effettuata, di:

- a) non aver ricevuto alcun reclamo o è in grado di dimostrarne la corretta gestione dello stesso,
- b) l'assenza o la corretta gestione di contenziosi legali in corso relativi all'attività certificata,

DICHIARA

c) di aver preso visione (rif. www.khc.it) ed accettato quanto riportato nella documentazione consultabile sul sito www.khc.it (nello stato di revisione in vigore): nello **Schema di certificazione applicabile** (QI 350101), nel **Regolamento generale per la Certificazione del Personale e della Formazione applicabile** (QI 350100); nelle **Norme Deontologiche** (QI 35 01 07); nel **Regolamento e Manuale d'uso del Marchio di Certificazione** (QI 10 01 08); nelle **Quote per la certificazione applicabile** (QI 350105). Dichiaro altresì, in merito alle condizioni per il **mantenimento e rinnovo** della certificazione, di essere consapevole di quanto previsto nello **schema requisiti applicabile** e di attivarsi nei tempi richiesti,

DICHIARA inoltre, di essere consapevole che la validità della **certificazione è sottoposta a mantenimento annuale** ed al rispetto dei requisiti indicati nello schema KHC applicabile, **in merito ad aggiornamento professionale e continuità di esperienza lavorativa, oltre al pagamento della fattura annuale prevista** e, che la certificazione può essere **sospesa/annullata in assenza del rispetto** dei requisiti suddetti, consapevole in caso di sospensione/annullamento, di non poter utilizzare il certificato o fare riferimento in modo improprio alla certificazione,

Nello specifico **per il periodo suddetto, DICHIARA**

1. **aggiornamento PROFESSIONALE:** di aver seguito dei corsi di aggiornamento, partecipato a convegni, seminari, relazioni, docenze, (**16h / anno** relative a materie e aree tematiche afferenti ai compiti indicati al punto 4, prospetto 1 della norma UNI 11628:2016), **da documentare con attestati o altro, in fase di rinnovo quinquennale della certificazione, di cui si riporta elenco (specificando Ente erogatore, giorni/ore, titolo).**

Tabella 1 del QI 350110, compilata oppure allegare elenco esaustivo da allegare;

Tabella 1			
1	DATA:	ENTE EROGATORE	TITOLO
	GIORNI/ORE:		
2	DATA:	ENTE EROGATORE	TITOLO
	GIORNI/ORE:		
2	DATA:	ENTE EROGATORE	TITOLO
	GIORNI/ORE:		

DICHIARA

2. **di impegnarsi al pagamento della fattura di mantenimento annuale/rinnovo quinquennale;**
3. che provvederà, **prima della scadenza del rinnovo quinquennale della certificazione, a documentare per ogni anno di validità della certificazione, la continuità esperienza professionale come Perito liquidatore Assicurativo, (es. con dichiarazioni di clienti o fatture attestanti l'attività professionale svolta), ed inviare CV sottoscritto**

Data _____

Firma _____



Firmare, anche se non compilati i campi sottostanti, a conferma dei precedenti già in possesso di KHC

Dati pubblicati sul sito Internet (compilare in caso di modifica rispetto agli anni precedenti) KHC (Registro di riferimento www.khc.it) <input type="checkbox"/> AUTORIZZO <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO e registro ACCREDIA, se applicabile (www.accredia.it) <input type="checkbox"/> AUTORIZZO <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZO previa autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del Reg. (UE) 2016/679:
Registro KHC (inserire i dati che si autorizza a pubblicare/modificare rispetto ai precedenti, sul registro KHC): COGNOME e Nome _____ TITOLO DI STUDIO (es. Dott., Ing.) _____ STUDIO/AZIENDA _____ INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ Cellulare _____ Telefono _____ e-mail: _____
LUOGO E DATA DI NASCITA* _____ / ____ / ____ CODICE FISCALE*: _____
*dati indicati nel certificato ed utilizzati per l'inserimento nel registro ACCREDIA, ma non visualizzabili.
Indirizzo presso cui si desidera ricevere corrispondenza/essere contattati:
COGNOME E NOME: (facoltativo c/o Società):
INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____
CELLULARE: _____
E-MAIL PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA) CAMPO OBBLIGATORIO: _____
E-MAIL**:
PREVIO ESPLICITO CONSENSO: ai sensi dell'art. 7 Reg. (UE) 2016/679, la sua e-mail** potrà essere trattata per le seguenti finalità di marketing: inviare via e-mail, tramite utilizzo di piattaforme (email marketing GDPR compliant), newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal titolare (ad es. corsi di aggiornamento, workshop ed eventi validi per il mantenimento della certificazione) e rilevazioni del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi; inviarle via e-mail, comunicazioni commerciali e/o promozionali di soggetti terzi (Certification S.r.l.). In ogni caso avrà sempre la possibilità di rinunciare a ricevere le nostre comunicazioni di marketing, cliccando su "Cancellati" in calce in ogni nostra comunicazione, manifestando la volontà di non ricevere in futuro ulteriori comunicazioni. <input type="checkbox"/> esprimo il consenso <input type="checkbox"/> non esprimo il consenso

DATI PER LA FATTURAZIONE COGNOME E NOME _____ e/o STUDIO/AZIENDA _____ INDIRIZZO _____ CITTA' _____ PROV. _____ CAP _____ PI. _____ CF _____ <input type="checkbox"/> Codice CIG (in caso di pubbliche amministrazioni) _____ <input type="checkbox"/> Operazione con IVA assoggettata a Split Payment Nominativo ed e-mail (a cui inviare la fatturazione, per conoscenza) _____ INVIO FATTURAZIONE (almeno un campo dei due è obbligatorio): <input type="checkbox"/> PEC (Posta Elettronica Certificata) _____ oppure <input type="checkbox"/> CODICE UNIVOCO o CODICE DESTINATARIO _____ (Codice identificativo attribuito dal canale telematico SDI per la fatturazione elettronica)

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 2016/679, in relazione al trattamento dei Vostri dati personali da noi acquisiti, Vi forniamo le seguenti informazioni:

- i dati personali sono raccolti per finalità inerenti all'esecuzione del presente Contratto nonché per assolvere a tutte le disposizioni di legge e/o amministrative necessarie ai fini della sua esecuzione;
- i dati saranno trattati in modo lecito, secondo correttezza e in modo da garantire la massima riservatezza e sicurezza; saranno registrati e conservati in archivi informatici e/o cartacei, in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati (es. conservati per motivi fiscali);
- i dati saranno aggiornati, se necessario, sempre su esplicita autorizzazione;
- i dati raccolti saranno pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati;
- i dati saranno trattati per mezzo delle operazioni indicate, e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati;
- i dati potranno essere comunicati e/o diffusi, se necessario, nei casi previsti dalla legge:
 1. a soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto dell'azienda (tenuta della contabilità, bilanci, adempimenti fiscali, per svolgere incarichi specifici, es. Commissari d'esame e membri del Comitato di delibera, ecc..);
 2. a istituti bancari per la gestione degli incassi e dei pagamenti diversi derivanti dalle normali attività commerciali o dall'esecuzione di contratti in atto;
 3. in forma anonima per finalità statistiche;
 4. per comunicazione ed invio dei dati del Cliente in Italia ed all'estero (GDPR compliant) a terzi interessati all'attività di KHC, ad ACCREDIA ed agli Enti Pubblici di riferimento pertinenti.

Titolare del trattamento: KHC - Know How Certification S.r.l. - Via Nino Bixio, 28 - 95125 Catania.

Al titolare del trattamento sarà possibile rivolgersi per far valere i diritti come previsti dall'art. 15 all'art. 22 del Reg. UE 2016/679, scrivendo a info@khc.it.

Data _____

Firma _____