

CERTIFICATION DES MONTEURS EN CANALISATIONS ÉLECTRIQUES SOUTERRAINES



ENGAGEMENT de l'EMPLOYEUR et du CANDIDAT - Individuel

CACHET DE L'ENTREPRISE

Remplir une attestation par candidat et retourner à :

SICAME Academy
B.P. N°1
19231 POMPADOUR

ENTREPRISE

Société :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro SIRET : Code NAF :

Responsable pour Certification :

Tél. : Fax : Email :

CANDIDAT

Nom : Prénom : Fonction :

Adresse Personnelle :

Code postal : Ville :

Email :

CERTIFICATION DEMANDÉE (domaine d'accessoires) : confection d'accessoires pour :

- Câbles BT à isolation synthétique
- Câbles BT à isolation synthétique et papier imprégné
- Câbles HTA à isolation synthétique
- Câbles HTA à isolation synthétique et papier imprégné
- Câbles HTA à isolation synthétique limité aux extrémités (terminaisons)

COMPÉTENCES DU CANDIDAT POUR LE DOMAINE D'ACCESSOIRES CONCERNÉ

Formation suivie	Organisme de Formation	Lieu de réalisation	Date

SICAME Academy collecte vos informations personnelles pour l'établissement et le traitement des dossiers de formation. La durée des informations personnelles est fonction du traitement et du renouvellement des formations. Dans certains cas la durée de la conservation est définie par nos obligations contractuelles. En vertu des articles 15,16,17,18,20 et 21 du RGPD, vous disposez des droits d'accès, de correction ou de suppression des vos données personnelles sachant que cela peut impacter le suivi de vos formations. Si vous considérez que le traitement de vos données n'est pas conforme à la législation applicable, vous pouvez présenter une réclamation auprès de le CNIL - 8 rue de Vienne - CS 30223 - 75002 Paris - Tél. 01 53 73 22 22 - Site : www.cnil.fr

CERTIFICATION DES MONTEURS EN CANALISATIONS ÉLECTRIQUES SOUTERRAINES



Joindre à ce document les justificatifs prouvant les compétences du candidat (voir document "Certification des Monteurs") :

- Attestations de formation (Initiale ou Recyclage dans le domaine concerné)
- Photocopie du Certificat ou de la Carte de Qualification
- Certificat d'aptitude médicale

I MODULE DE CERTIFICATION

Référence Module	Date session	Lieu de réalisation	Prix H.T.
QRS			

Les conditions applicables sont celles indiquées dans le programme SICAME Academy de l'année en cours.

I ENGAGEMENT EMPLOYEUR ET CANDIDAT

L'employeur et le candidat reconnaissent avoir pris connaissance du contenu de la présentation du système de certification et de la fiche Module détaillée qui leur ont été adressées. Ils s'engagent à respecter les exigences en matière de certification et à fournir toute information nécessaire à l'évaluation et au suivi.

Le candidat s'engage à :

- Ne pas divulguer de document d'examen confidentiel
- Ne pas prendre part à des pratiques frauduleuses

En cas de certification "Monteur en canalisations électriques souterraines" dans le domaine indiqué dans ce document, le certifié s'engage à :

- se conformer aux dispositions applicables du dispositif particulier de certification,
- signaler à SICAME Academy sans délais les éléments pouvant affecter sa capacité à continuer à satisfaire aux exigences de la certification, y compris tout changement d'employeur pouvant remettre en cause la prorogation de son certificat le cas échéant
- ne pas faire état de la certification qu'en rapport avec la portée de la certification octroyée,
- ne pas utiliser sa Certification d'une façon qui puisse nuire à la réputation de SICAME Academy,
- ne faire aucune déclaration concernant la certification que SICAME Academy puisse juger trompeuse ou non autorisée,
- cesser dès la suspension ou le retrait de sa Certification, de faire état de cette certification en faisant référence à SICAME Academy ou à la Certification elle-même et à retourner tout certificat émis par SICAME Academy,
- ne pas utiliser le Certificat de façon trompeuse.

Pour l'employeur :

Nom du Signataire : Fonction :

Date : Signature :

Le candidat :

Date : Signature : (précédée de « Lu et Approuvé »)

Besoins Particuliers du Candidat :

Réservé à SICAME Academy

Compatibles avec la Certification OUI NON

Responsable Évaluation Certification :

DÉCISION :

Inscription / Convocation

OUI NON

Date :

Visa :