

## DOMANDA DI CERTIFICAZIONE UNI 11483:2021

PER LA FIGURA DEL COMUNICATORE PROFESSIONALE

(da compilare ed inviare all'indirizzo mail: [certificazione-comunicatore.saa@unito.it](mailto:certificazione-comunicatore.saa@unito.it))

DATI ANAGRAFICI CANDIDATO			
Nome e Cognome	Nome	Cognome	
Luogo e Data di Nascita	Luogo	Data	
Codice fiscale			
Indirizzo di residenza	Via	N.	CAP
	Città	Provincia	
Telefono			
E-mail			
DATI PER LA FATTURAZIONE			
Nome e Cognome / Ragione sociale			
Indirizzo di fatturazione	Via	N.	CAP
	Città	Provincia	
Codice fiscale			
P.IVA	<input type="checkbox"/> Non presente <input type="checkbox"/> SI' (indicare):		
Codice Univoco SDI			
PEC			
E-mail per invio fattura			
Telefono			
DATI PER L'INVIO DEL CERTIFICATO			
E-mail per invio Certificato digitale			
Indirizzo di spedizione del Certificato originale con RRR	Via	N.	CAP
	Città	Provincia	

### IL CANDIDATO CHIEDE:

- Certificazione  
 Mantenimento  
 Rinnovo  
 Trasferimento da altro OdC per:  Mantenimento  Rinnovo

**NOTA:** Gli ambiti di riferimento certificabili da SAA Scarl sono: Pubblico ed Istituzionale, d'Impresa, Politica, Sociale per il Terzo Settore.  
L'ambito Tecnico costituisce un'esclusione e non può essere oggetto di trasferimento da altro OdC.

### PER I SEGUENTI LIVELLI DI COMPETENZA:

- Junior  
 Expert  
 Senior

### E DICHIARA:

- di accettare quanto previsto nel "Regolamento per la Certificazione del Comunicatore Professionale" – Doc. SCP01, nel "Regolamento per uso del marchio" – Doc. SCP02 e nella "Carta Etica e Deontologica" - Doc. SCP03, visionabili sul sito [www.saamanagement.it](http://www.saamanagement.it).
- che quanto riportato nel presente documento e nei relativi allegati corrisponde a verità nella consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi così come richiamato nell'Art. 76 del D.P.R. 445/28.12.2000.

Data	Firma del Candidato
------	---------------------

**ALLEGATI:**

- Copia del Titolo di Studio o compilazione della “Dichiarazione Sostitutiva del Titolo di Studio” (vedasi Tabella 1);
- Copia di Attestati corsi formativi / Attestati di partecipazione a convegni, conferenze e seminari su tematiche afferenti alla professione svolta negli ultimi due anni e compilazione della Tabella 2 “Dichiarazione di Apprendimento”;
- Curriculum vitae e professionale, in cui sia evidente la formazione formale (studi scolastici e accademici) e, relativamente alla professione di comunicatore, la formazione non formale (convegni, conferenze e seminari) e informale (esperienza lavorativa professionale relativa agli ambiti di riferimento) - ai sensi degli Art. 46 e 76 del DPR 445/2000 e del “Regolamento Europeo n. 2016/679 – GDPR”;
- Copia di un documento d’identità in corso di validità;
- Fotografia formato tessera a colori in formato jpeg;
- Eventuale Certificazione diagnostica di DSA (Disturbi Specifici Apprendimento), rilasciata dal Servizio Sanitario Nazionale o da Strutture accreditate al rilascio e non antecedente a 3 anni.

**ALLEGATI AGGIUNTIVI - SOLO PER TRASFERIMENTI:**

- Copia della Certificazione/i in corso di validità (emesso da altro Organismo di Certificazione Accreditato);
- Evidenza di requisiti di accesso all’esame (formazione formale, non formale ed informale) e compilazione della Tabella 2 “Dichiarazione di Apprendimento”.

<b>Tabella 1 “DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL TITOLO DI STUDIO”</b>			
(ai sensi dell’Art. 46 - DPR 28/12/2000 n. 445)			
Nome e Cognome	Nome	Cognome	
Luogo e Data di Nascita	Luogo	Data	
Codice fiscale			
Indirizzo di residenza	Via	N.	CAP
	Città	Provincia	
<p>consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia</p> <p><b>DICHIARO</b></p> <p>di aver conseguito il seguente Titolo di Studio:</p>			
Titolo di Studio			
Conseguito presso			
In data			
Con valutazione			
Data	Firma del Candidato		

**Tabella 2 "DICHIARAZIONE DI APPRENDIMENTO"**

APPRENDIMENTO FORMALE	<input type="checkbox"/> Qualifica di operatore professionale: <i>(indicare)</i>		
	<input type="checkbox"/> Diploma: <i>(indicare)</i>		
	<input type="checkbox"/> Laurea: <i>(indicare)</i>		
APPRENDIMENTO NON FORMALE	<b>CORSI FORMATIVI / CONVEGNI NEGLI ULTIMI 2 ANNI</b>	<b>N. ORE</b>	<b>TEMATICHE</b>
APPRENDIMENTO INFORMALE	<input type="checkbox"/> Anni di esperienza: <input type="checkbox"/> Mesi di esperienza:	N.	AMBITO DI RIFERIMENTO
		N.	AMBITO DI RIFERIMENTO
		N.	AMBITO DI RIFERIMENTO
		N.	AMBITO DI RIFERIMENTO
		N.	AMBITO DI RIFERIMENTO
Data	Firma del Candidato		

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E DELL'ART. 14 REG. EUROPEO 679/2016 (GDPR)**

SAA S.c.ar.l verrà in possesso e tratterà i Suoi dati, qualificati come "personali" dal regolamento europeo 679/2016 e dal D. Lgs. 196/2003 come successivamente modificato dal D. Lgs 101/2018.

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO** (ai sensi dell'art. 7 GDPR)

Io sottoscritto  Codice fiscale

acconsento che la società ponga in essere le attività descritte nella presente informativa:

- che la Società comunichi /trasferisca i miei dati personali (in particolare la certificazione) all'Azienda cui presto/ho prestato la mia attività professionale e lavorativa:  
 Presto il consenso  Nego il consenso
- che la Società tratti i miei dati personali di contatto per l'invio di comunicazioni di tipo promozionale e/o commerciale e/o newsletter e a tal fine espressamente:  
 Presto il consenso  Nego il consenso
- che la Società tratti i miei dati personali relativi alla mia certificazione ai fini di pubblicazione in riviste specializzate e sito web SAA Scarl:  
 Presto il consenso  Nego il consenso
- che la Società tratti i miei dati personali relativi alla mia certificazione ai fini di pubblicazione sulla banca dati Accredia:  
 Presto il consenso  Nego il consenso

**NOTA:** Nel caso in cui, successivamente alla sessione d'esame, il candidato decida di negare il consenso alla gestione dei dati personali da parte di SAA S.c.ar.l, si comunica che la stessa SAA S.c.ar.l è obbligata a mantenerne evidenza per almeno ulteriori 8 anni dalla data di esecuzione della sessione.

Data	Firma del Candidato
------	---------------------

**RIESAME DELLA DOMANDA – a cura di SAA S.ca.r.l**

A seguito della verifica dei requisiti di accesso sopra riportati, ai sensi della Norma UNI 11483 e del “**Regolamento per la Certificazione del Comunicatore Professionale**” – Doc. SCP01, la richiesta di ammissione all’esame è stata:

**ACCOLTA**     **ACCOLTA CON RISERVA** (*vedasi Note integrative*)     **NON ACCOLTA** (*vedasi Note esplicative*)

Note integrative:

Note esplicative:

Segnalazione DSA

NESSUNA  
 PRESENTE - indicare l’idoneità della Certificazione:  IDONEA     NON IDONEA

Data Riesame

Firma Segreteria Tecnica OdC