

Inscription à l'examen de qualification de soudeur

Nom:	Prénom:	Identité
Lieu d'origine / Pays:	Date de naissance	
No. du certificat ASS.:	No. du soudeur:	

Lieu de l'examen:	Date de l'examen:	Examen
Jour(s) d'essai avant l'examen: <input type="checkbox"/> OUI	Date:	
Le matériel de l'examen / d'exercice est mis à disposition: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
No. WPS:	Compétence technologique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Qualification selon: <input type="checkbox"/> EN 287 <input type="checkbox"/> ISO 9606 <input type="checkbox"/> DIN ISO 24394 <input type="checkbox"/> EN 1418 (Opérateur, pour une qualification uniquement dans l'entreprise!)		
Sur demande: <input type="checkbox"/> ISO 17660 <input type="checkbox"/> EN 13585 (Brasage)		
Domaine de validité: <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> EN 15085 <input type="checkbox"/> SIA 263/1 <input type="checkbox"/>		

Procédé: <input type="checkbox"/> E, 111 <input type="checkbox"/> TIG, 141 <input type="checkbox"/> MAG, 135 <input type="checkbox"/> MIG, 131 <input type="checkbox"/> GAZ, 311 <input type="checkbox"/> Brasage, 9	Pièce d'examen
Pièce d'examen: 1. <input type="checkbox"/> tôle <input type="checkbox"/> soudure bout à bout <input type="checkbox"/> soudure d'angle épaisseur:	
2. <input type="checkbox"/> tôle <input type="checkbox"/> soudure bout à bout <input type="checkbox"/> soudure d'angle épaisseur:	
3. <input type="checkbox"/> tube <input type="checkbox"/> soudure bout à bout <input type="checkbox"/> soudure d'angle épaisseur: Ø du tube.....	
4. <input type="checkbox"/> tube <input type="checkbox"/> soudure bout à bout <input type="checkbox"/> soudure d'angle épaisseur: Ø du tube.....	
Groupe(s) du métal d'apport: 1: Positions de soudage: 1:	
2: 2:	
3: 3:	
4: 4:	

<u>Adresse de correspondance (Adresse pour l'envoi du/des certificat(s))</u>		Adresse
Nom/Entreprise:		
Personne responsable:		
Adresse:		
Code postale et lieu:	Canton:	
Téléphone:	Fax:	
Email:		
<u>Adresse de facturation (si différente de l'adresse de correnspondance)</u>		
Nom/Entreprise:		
Adresse:		
Code postale et lieu:	Canton:	

Membre de l'ASS: <input type="checkbox"/> OUI	Souhaitez-vous des documents pour devenir membre de l'ASS? <input type="checkbox"/> OUI	Signature
Date:	Timbre et Signature:	