

Iscrizione all'esame di saldatura

Cognome:	Nome:	Dati personali	
Luogo di nascita / Paese:	Data di nascita:		
No. Certificato-ASS.:	No. del saldatore		
Luogo d'esame:	Data dell'esame:	Esame	
Giorno di esercizio: <input type="checkbox"/> SI	Data:		
Il materiale per l'esercizio/esame è cosa del partecipante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
No. WPS:	Conoscenza del lavoro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Esame secondo:	<input type="checkbox"/> EN 287 <input type="checkbox"/> ISO 9606 <input type="checkbox"/> EN 1418 (Operatore, solo nell'azienda!) <input type="checkbox"/> DIN ISO 24394 <input type="checkbox"/> EN 13585 (Brasatura, esigenze da definire!)		
Campo d'applicazione:	<input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> EN 15085 <input type="checkbox"/> SIA 263/1 <input type="checkbox"/>		
Procedimento: <input type="checkbox"/> E, 111 <input type="checkbox"/> TIG, 141 <input type="checkbox"/> MAG, 135 <input type="checkbox"/> MIG, 131 <input type="checkbox"/> GAS, 311 <input type="checkbox"/> Brasatura, 9			
Provino:			Provino
1. <input type="checkbox"/> lamiera <input type="checkbox"/> giunto di testa <input type="checkbox"/> saldatura d'angolo spessore:			
2. <input type="checkbox"/> lamiera <input type="checkbox"/> giunto di testa <input type="checkbox"/> saldatura d'angolo spessore:			
3. <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/> giunto di testa <input type="checkbox"/> saldatura d'angolo spessore: Ø del tubo.....			
4. <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/> giunto di testa <input type="checkbox"/> saldatura d'angolo spessore: Ø del tubo.....			
Gruppo del materiale di base:	Posizione di saldatura:		
1: 2: 3: 4:	1: 2: 3: 4:		
<u>Indirizzo corrispondenza (Indirizzo di spedizione certificato(i))</u>			
Nome di società:			
Persona di contatto:			
Indirizzo, No./ Casella postale:			
NAP e città :			Cantone:
Telefono:		Fax:	
Email:			
<u>Indirizzo della fattura</u>			
Nome di società:			
Indirizzo, No./ Casella postale:			
NAP e città:			Cantone:
Membro dell'ASS: <input type="checkbox"/> SI Desidera ricevere la documentazione per l'adesione? <input type="checkbox"/> SI			
Data:		Firma / Timbro:	