

SOLICITUD DE RE-CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

NUMERO DE REGISTRO	PROFESIONAL EN HIGIENE OCUPACIONAL		PROFESIONAL EN SEGURIDAD OCUPACIONAL L	
	PROFESIONAL EN ERGONOMÍA Y F. H.		PROFESIONAL EN SEGURIDAD OCUPACIONAL – SEG. CONSTRUCCIÓN	

SECCIÓN 1: DATOS PERSONALES

APELLIDOS		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		GENERO (MASCULINO O FEMENINO)	
PAIS DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO (DÍAS/MES/AÑO)		EDAD		NACIONALIDAD	
DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL		PAIS		PROVINCIA/ESTADO		DISTRITO	
		TELÉFONO RESIDENCIAL		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO 1	
						CORREO ELECTRÓNICO 2	

SECCIÓN 2: INFORME ANUAL DE ACTIVIDADES FORMATIVAS (Liste los nuevos conocimientos adquiridos durante la vigencia de la certificación, adjunte los respectivos soportes (justificantes) que demuestren que mantiene o ha mejorado las condiciones que dieron origen a la certificación, adjunte fotocopias de los certificados recibidos)

INSTITUCIÓN <small>(CENTRO DE FORMACIÓN)</small>	TÍTULO <small>(NOMBRE DEL PROGRAMA)</small>	TIPO DE FORMACIÓN <small>(SEMINARIO, CURSO, ETC.)</small>	FECHA INICIO <small>(MES/AÑO)</small>	FECHA FIN <small>(MES/AÑO)</small>	DURACIÓN <small>(HORAS)</small>	TÍTULO / RECONOCIMIENTO

SECCIÓN 3: EXPERIENCIA PROFESIONAL (Complete la siguiente sección si ha cambiado de trabajo)

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA EMPRESA ACTUAL		PAIS	CUIDAD	TELÉFONO	FAX
PUESTO				FECHA INICIO <small>(MES/AÑO)</small>	FECHA FIN <small>(MES/AÑO)</small>

Describa este puesto de trabajo, responsabilidades y funciones, personal a su cargo. Indique el cargo de su superior inmediato en la empresa

SECCIÓN 4: OTRAS ACTIVIDADES E INFORMACIÓN¹ (Adjuntar fotocopias de diplomas, certificados y/o carnés)

LIBROS O ARTÍCULOS ESCRITOS	CONFERENCIAS, SEMINARIOS, CURSOS DICTADOS	PREMIOS, CONDECORACIONES O RECONOCIMIENTOS PROFESIONALES	IDONEIDAD, LICENCIAS Y CERTIFICACIONES VIGENTES

(1) Si requiere de más espacio favor agregue una hoja adicional con la información faltante.

SECCIÓN 7: DECLARACIÓN Y COMPROMISO

Declaro que desde mi anterior periodo de certificación no he recibido ninguna queja referente a mi desempeño profesional.	<input type="checkbox"/>
Declaro que desde mi anterior periodo de certificación he recibido una o más quejas referentes a mi desempeño profesional .	<input type="checkbox"/>
Declaro que he cumplido con el Código de Ética de COLASEH.	<input type="checkbox"/>
Declaro que toda la información que antecede es correcta y veraz.	<input type="checkbox"/>
Autorizo a COLASEH para que verifique y consulte cualquier información que estime conveniente sobre su validez.	<input type="checkbox"/>
Exonero a COLASEH de cualquier consecuencia o responsabilidad, producto del ejercicio que haga de esta autorización.	<input type="checkbox"/>
Entiendo que si en algún momento he alterado la información presentada, mi solicitud será rechazada.	<input type="checkbox"/>
Me comprometo a cumplir con los requisitos para la certificación y suministrar todo la documentación solicitada	<input type="checkbox"/>

FIRMA DEL PROFESIONAL CERTIFICADO	FECHA
-----------------------------------	-------

SECCIÓN 8: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE DATOS

Si fuese Re-certificado, autorizo a COLASEH a publicar mis datos (nombre, profesión y especialidad, número de certificación, teléfonos, fax y correo electrónico) en su listado de personas certificadas; siendo esta una lista de datos no exhaustiva

FIRMA DEL PROFESIONAL CERTIFICADO	FECHA
-----------------------------------	-------