

**ORGANISMO NACIONAL DE CERTIFICACION**Código **ONC-FPE-001**Revisión **05**Vigencia **2017-06-19**Página **1 de 1****SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PERSONAS****1. DATOS SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos			
CIN°		Fecha de Nac.	
Dirección			
Correo electrónico		Teléfono y/o Celular	

2. CERTIFICACIÓN SOLICITADA, ÁREA

Especificar:

Norma/Documento de referencia:

2.1. INDICAR SI CORRESPONDE A

Inicial	<input type="checkbox"/>	Renovación	<input type="checkbox"/>	Ampliación	<input type="checkbox"/>	Re-evaluación	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

3. PERSONA CON DISCAPACIDAD (PCD), Especificar

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Especificar:	
----	--------------------------	----	--------------------------	--------------	--

4. IDIOMA

Español	<input type="checkbox"/>	Guaraní	<input type="checkbox"/>	Inglés	<input type="checkbox"/>	Portugués	<input type="checkbox"/>	Otros:	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------	--------------------------

5. DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

El ONC preservará la confidencialidad de toda la información obtenida del Solicitante, Candidato o Persona certificada. Se exceptúan de este compromiso:

- La información que es de conocimiento público,
- La información que se refiere a aspectos generales en materia de evaluación de la competencia y certificación,
- La información que, por Ley, deba ser comunicada al Ministerio Público o a organismos de fiscalización en salud, seguridad ciudadana o protección del medio ambiente; en cuyos casos se comunicará previamente al Solicitante, Candidato o Persona certificada.

Firma del solicitante	N° de Expediente	Fecha

A SER COMPLETADO POR EL ONC:

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	Si	No	N/A	
¿El ONC, presta el servicio solicitado?				
¿El solicitante ha completado debidamente todo el formulario de solicitud de certificación?				
¿El solicitante cumple con los requisitos para iniciar con el servicio, solicitados en los Reglamentos aplicados?				
¿Existen necesidades especiales? (discapacidad física, idioma, otros) Si existiese, describir:				
Si la respuesta fue afirmativa en el ítem anterior, puede ser atendida dicha necesidad?				
¿Se cuenta con Examinador para el área técnica?				
¿Se cuenta con Verificador?				
¿Se cuenta con las herramientas (local, máquinas, etc.) necesarias para las evaluaciones?				
CONTINUA EL PROCESO	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Firma y aclaración del responsable del análisis: _____		Fecha _____ / ____ / ____		