

**ORGANISMO NACIONAL DE CERTIFICACION**

Código	ONC-FPE-001
Revisión	07
Vigencia	2018-11-09
Página	1 de 1

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PERSONAS**1. DATOS SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos			
CIN°			
Correo electrónico		Teléfono y/o Celular	

2. CERTIFICACION SOLICITADA

Servicio solicitado	
Alcance (si aplica)	
Norma/Documento de referencia (si aplica)	

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"/>	Ingles <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:

- a) La información que es de conocimiento público,
- b) La información que se refiere a aspectos generales en materia de evaluación de la competencia y certificación,
- c) 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

El solicitante acepta los términos descritos en los siguientes Reglamentos:

- a) ONC-RGP-001 REGLAMENTO GENERAL PARA LA CERTIFICACIÓN DE PERSONAS,
- b) ONC-REP-00_____REGLAMENTO ESPECIFICO ...

Firma del solicitante: _____

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	N° de Exp. del solicitante	