



1. Persönliche Angaben (*Pflicht)		Persönliche DGZfP-Zertifikat-Nr.: (falls vorhanden)		Erstanträge Bei Erstanträgen Bild bitte hier aufkleben Erweiterung und Verlängerungen Passbild, mit Namen, Vornamen und Geburts- datum, gesendet an <input type="checkbox"/> zert@dgzfp.de oder <input type="checkbox"/> altes Bild verwenden (max. 10 Jahre alt!)
Name*:	Vorname*:	Titel/akad. Grad*:		
E-Mail:	Geburtsort*:	Geburtsdatum*:		
Straße/Nummer*:	Wohnort*:	Postleitzahl*:		
2. Geschäftliche Angaben/Versandanschrift (Bei Erstanträgen oder Änderungen bitte immer komplett ausfüllen)				
Firma/Institution*:				
Name, Vorname des Vorgesetzten bzw. Bevollmächtigten*:				

Straße/Nummer:	Postleitzahl:	Ort:
Telefon:	Telefax:	E-Mail*:

Verfahren/ Stufe*	Sektoren**	Geregelter Bereich (DGR)	Neu (Erstantrag/Erweiterung)			Verlängerung	
			Ausbildungen/Prüfungen durch die DGZfP***	Anzahl der Monate aktiver ZfP-Tätigkeit (Erfahrungszeit)		Erneuerung	Rezertifizierung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Pflichtangaben / bitte Nachweis beifügen (Bsp. bei Reduzierung der Ausbildungszeiten etc.)
 ** Ohne weitere Angaben werden die Zertifikate auf die Industriesektoren der Prüfung bzw. des alten Zertifikates ausgestellt.
 *** Bitte legen Sie dem Antrag Kopien der Prüfungszeugnisse und Teilnahmebescheinigungen bei, falls diese **nicht** von der DGZfP (Ausbildung bzw. DPZ) ausgestellt wurden.

4. Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> Bestell-Nr.: (siehe Bemerkungen)	<input type="checkbox"/> Abweichende (siehe Bemerkungen) Rechnungsanschrift
5. DGZfP-Mitgliedschaft:	<input type="checkbox"/> Persönliches Mitglied		<input type="checkbox"/> Fa. korporatives Mitglied	<input type="checkbox"/> Kein Mitglied
6. Eine Ausweiskarte soll erstellt werden:	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	

7. Bemerkungen:

<p>8. Erklärung des Vorgesetzten, Bevollmächtigten oder Selbständig</p> <p>Ich bestätige,</p> <ul style="list-style-type: none"> dass ich Vorgesetzter, Arbeitgeber oder Bevollmächtigter des Arbeitgebers der zu zertifizierenden Person bin oder als Selbständiger die gesamte Verantwortung übernehme, die dem Arbeitgeber nach der DIN EN ISO 9712 zugeschrieben ist. <p>Für die zu zertifizierende Person bestätige ich:</p> <p><input type="checkbox"/> die Richtigkeit der oben angegebenen, unter qualifizierter Aufsicht gewonnenen Erfahrungszeiten für alle Erstanträge und Erweiterungen nach DIN EN ISO 9712 Punkt 7.3</p> <p>bzw. die fortgesetzte ZfP-Tätigkeit bei Erneuerung oder Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9712 Punkt 3.27,</p> <p><input type="checkbox"/> aktueller Sehtest liegt dem Antrag bei.</p> <p>und dass die schriftliche Dokumentation über die jährlichen Sehtests nach DIN EN ISO 9712 Punkt 7.4 lückenlos dem Arbeitgeber vorliegt.</p> <p>Vorgesetzter, Bevollmächtigter oder Selbständiger</p> <p>Datum, Unterschrift, Stempel:</p>	<p>9. Erklärung der zu zertifizierenden Person</p> <p>Ich erkläre, die berufsethischen Regeln (siehe Beiblatt) für ZfP-Personal zu wahren, solange ich ein DGZfP-Zertifikat halte, und ich versichere, der DPZ schriftlich mitzuteilen, wenn die Angaben auf dem Zertifikat fehlerhaft sind, ich die für die Zertifizierung erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle oder wenn meine zertifizierungsrelevanten Angaben zu ändern sind. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die DPZ das Recht hat, ein erteiltes Zertifikat für ungültig zu erklären, falls ich gegen diese Regeln verstoße.</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Zertifizierung ohne entsprechende Angaben nicht die Bedeutung einer Prüferautorisierung durch den Arbeitgeber hat.</p> <p>Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Die DGZfP kann jede Information einholen, die notwendig ist, um die für die Zertifizierung nötigen Angaben zu überprüfen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und an geeigneter Stelle zur Überprüfung durch Dritte zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Hiermit befreie ich die DGZfP von jeder Haftung für Schäden, die aus meiner Tätigkeit als zertifizierte Person entstehen können.</p> <p>Zu zertifizierende Person</p> <p>Datum, Unterschrift:</p>
--	---