**1. SINAVA KATILACAK ADAYIN BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı:  | TC Kimlik No: |
| Doğum Yeri: | Doğum Tarihi:  |
| Mezun Olduğu Okul ve Bölümü:  | Mesleği / Görev Unvanı: |
| E-Mail: | Ev Tel No: |
| İş Tel No: | Cep Tel No: |

**2. ÇALIŞTIĞI KURULUŞ BİLGİLERİ:**

|  |
| --- |
| **Çalıştığı Kuruluş Adı:** (Faturada kullanılacaktır.): |
| **Kuruluş Açık Adresi:**(Faturada kullanılacaktır.): |
| **Gönderim Adresi:**(Sertifika, fatura vb. dokümanlarınız bu alanda belirttiğiniz adrese gönderilecektir.) |
| **Fatura Bilgileri:** | Vergi Dairesi Adı: |
| Vergi Numarası: |

**3. ALDIĞI TAHRİBATSIZ MUAYENE EĞİTİMLERI VE SERTİFİKALARI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aldığı Sertifikalar |  |  |  |
| Sertifikayı Veren Kuruluş |  |  |  |

**4. TAHRIBATSIZ MUAYENE ENDÜSTRİYEL DENEYIMI ILE İLGİLİ BİLGİLER:**

Tahribatsız Muayene Endüstriyel Deneyimini gösterir Tablo 1, aşağıda belirtilen niteliklerden birine sahip **İşveren / Yetkili Kişi** tarafından doldurulacaktır.

Aday gerekli endüstriyel deneyimi; aşağıda belirtilen şartlardan birini sağlayan **İşveren / Yetkili Kişi** gözetiminde edinmiştir:

* + - Gözetim yapılan metotla aynı metotta belgelendirilmiş kişi; ya da
		- Belgelendirme kuruluşunun kararına bağlı olarak, bu gözetimi uygun bir şekilde gerçekleştirebilecek seviyede bilgi, beceri, eğitim ve deneyime sahip belgelendirilmemiş kişi.

|  |
| --- |
| **Tablo 1:Adayın Endüstriyel Deneyim Süreleri (Ay)** |
| **Tahribatsız Muayene Yöntemi** | **Radyografik Muayene (RT)** | **Ultrasonik Muayene (UT)** | **Girdap Akımları Muayenesi (ET)** | **Manyetik Parçacık Muayenesi (MT)** | **Penetrant Muayenesi (PT)** | **Gözle Muayene (VT)** |
| **Seviye 1** |  |  |  |  |  |  |
| **Seviye 2** |  |  |  |  |  |  |
| **Seviye 3** |  |  |  |  |  |  |

**5. FİZİKSEL UYGUNLUK:**

|  |
| --- |
| Tahribatsız Muayene sınavına katılacak olan çalışanımızın, TS EN ISO 9712 Madde 7.4 şartına göre, renk körlüğünün ve çalışmaya engel herhangi bir göz bozukluğunun bulunmadığını belirtir son 1 yıla ait Görme Yeteneği Belgesi kuruluşumuzda saklanmaktadır. Görme Yeteneği Belgesi aşağıdaki kuruluştan alınmıştır:**Görme Yeteneği Belgesi’nin Alındığı Kuruluş Adı : ………………………………………….****Görme Yeteneği Belgesi’nin Alınma Tarihi …. / …. / ……..** |

**6. ONAYLAR, ENDÜSTRİYEL DENEYİM, FİZİKSEL UYGUNLUK:**

|  |
| --- |
| **Not:** Bu kısım İşveren / Yetkili Kişi tarafından, **Tahribatsız Muayene Endüstriyel Deneyimini** (Madde 4) ve **Fiziksel Uygunluğu** (Madde 5) onaylamak amacıyla imzalanıp, mühürlenecek ve Görme Yeteneği Belgesi Tahribatsız Muayene Sınav Başvuru Formu’nun ekinde teslim edilecektir.Tahribatsız Muayene sınavına katılacak olan çalışanımızla ilgili yukarıdaki bütün bilgilerin doğruluğunu onaylarım.**Bilgileri Onaylayan:** **İşveren / Yetkili Kişinin İşveren / Yetkili Kişinin Tarih** **Adı, Soyadı Görevi İmzası** **................................................... ................................... …. / …. / …….** |

|  |
| --- |
| **ÖZEL İHTİYAÇLAR:** |

|  |
| --- |
| **Katılmak İstenilen Vasıflandırma Sınavı** (Katılmak istenilen kurs ve vasıflandırma sınavının karşısını X ile işaretleyiniz.) |
| **Kursun Adı/ Sınav Adı** | **RT**  | **UT** | **MT** | **PT** | **VT** | **ET** | **Temel Eğitim** |
| **Seviye1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Seviye 2** |  |  |  |  |  |  |
| **Seviye 3** |  |  |  |  |  |  |
| Yukarıda adı yazılı personelimizin belirtilen TM eğitim programlarına katılacağı bilgilerinize sunulur. Ayrıca Personel Belgelendirme faaliyetlerinin gerektirdiği şartlara ve yükümlülüklere uymayı, bu çerçevede belgelendirme sonucu dikkate alınmaksızın yapılan değerlendirme ve hizmetlere ilişkin ücretleri ve belgenin verilmesi durumunda gerekli diğer ücretleri zamanında ödemeyi taahhüt ederim/ederiz. **İşveren / Yetkili Kişinin İşveren / Yetkili Kişinin Tarih** **Adı, Soyadı Görevi İmzası** **.................................................. ......................................... …. / …. / ……..** **Başvuru Sahibinin Başvuru Sahibinin Tarih** **Adı, Soyadı Görevi İmzası** **.................................................. ......................................... …. / …. / ……..** |

* Sınava girecek adaya ait, Tahribatsız Muayene Mesleki Deneyim Süreleri ile ilgili tüm veriler İşveren/Yetkili Kişinin imzasıyla onaylanmalıdır. Aday sınav öncesinde, 1 aydan az olmamak şartıyla aşağıda yer alan Tablo 2’de belirtilen gerekli en az deneyim süresinin % 25’sine sahip olduğunu göstermelidir. Gerekli en az Tahribatsız Muayene deneyim süreleri aşağıdaki tablodaki gibidir:

|  |
| --- |
| **Tablo 2: En Az Deneyim Süreleri** |
| **TM Yöntemi** | **Seviye 1** | **Seviye 2** | **Seviye 3** |
| **RT, UT, ET** | 3 ay | 9 ay | 18 ay |
| **MT, PT** | 1 ay | 3 ay | 12 ay |
| **Not 1:** Eğer aday Seviye 1 olarak hiç çalışmadan doğrudan Seviye 2 olarak vasıflandırılacak ise gerekli deneyim süresi, Seviye 1 ve Seviye 2 için olan sürelerin toplamı kadardır.Not 2: Seviye 3 belgelendirmesi için, çalışma deneyiminin Seviye 2 olarak yapılan çalışmayı içermesi gerekir. Eğer aday Seviye 2 olarak hiç çalışmadan doğrudan Seviye 3 olarak vasıflandırılacak ise gerekli deneyim süresi, Seviye 2 ve Seviye 3 için olan sürelerin toplamı kadardır. Not 3: Seviye 3 belgelendirmesi için gerekli deneyim süreleri, belgelendirilecek kişinin teknik  okul, akredite edilmiş bir yüksek okul ya da üniversitede en az iki yıllık mühendislik veya fen bilimleri eğitimini başarı ile tamamladığı farzedilen durumlar için geçerlidir. Böyle  olmaması durumunda Seviye 3 sütununda belirtilen süre, 2 çarpanı ile çarpılmalıdır.  |

**7. SINAVA KATILACAK ADAY BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ EKLER**

.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kimlik Belgesinin Fotokopisi |
|  | Diploma Fotokopisi |
|  | Sınava Katılacağı metotta eğitim aldığına dair TM eğitim Belgesi Fotokopisi  |
|  | Görme Yeteneği Belgesi (sınav tarihinden 12 ay önce alınmış Rapor Formu) |
|  | Endüstriyel Deneyim Süresinin Uygunluğu |
|  | Sınav Ücreti Ödendi Makbuzu |
|  | Fotoğraf (Cüzdan tipi kart düzenlenecekse) |

**BAŞVURUYU ALAN:**

**TARİH:**

**İMZA:**

**BAŞVURUYU DEĞERLENDİREN:**

**TARİH:**

**İMZA:**