**CERERE DE ÎNSCRIERE LA EXAMINARE**

**PENTRU PREGĂTIREA PROFESIONALĂ INIȚIALĂ**

Subsemnatul/a………….…………………...……........., CNP………………………, telefon ……………...........….............…, e-mail…………………………….........................., în calitate de angajat al societății ........................................................., în cadrul căreia desfășor *activitatea de distribuție de asigurări și/sau reasigurări,* solicit înscrierea la examenul de certificare pentru pregătirea profesională inițială ca urmare a acumulării cunoștințelor și competențelor, necesare desfășurării activității de distribuție a produselor de asigurare și/sau reasigurare, în mod nonformal și/sau informal.

Anexez prezentei cereri următoarele documente de înscriere:

1. Copia actului de identitate, valabil la data solicitării;
2. Copia ultimei diplome de studii: minimum diploma de bacalaureat;
3. CV-ul, în format Europass (certificat prin semnătura olografă și datat), din care reiese la data intrării în vigoare a Normei A.S.F. nr. 20/2018, experiență profesională de minim 3 ani, acumulată în ultimii 5 ani, în domeniul distribuției produselor de asigurare și/sau reasigurare, însoțită de documente doveditoare (adeverință angajator, copie după cartea de muncă, extras Revisal etc.);
4. Declarația privind cunoștințele și competențele;
5. Portofoliul profesional (recomandări din partea conducătorului/conducătorilor solicitantului, diplome/adeverințe obținute în urma participării la programe de pregătire profesională și/sau evenimente educaționale, lucrări profesionale, orice alte documente prin care se probează dobândirea cunoștințelor și abilităților specifice ocupației; se depun cel puțin 4 documente (de ex.: diplome, certificate, atestate, recomandări, studii de specialitate, articole publicate, prelegeri susținute ș.a.).

*Declar că am citit, înțeles și acceptat condițiile de examinare prevăzute în Metodologia privind certificarea pregătirii profesionale a distribuitorilor de asigurări și/sau reasigurări precum și Procedura privind certificarea anagajaților societăților care desfășoară activitate de distribuție de asigurări și/sau reasigurări.*

Data: Nume, prenume solicitant

(semnătura)

***Informațiile colectate prin acest formular sunt prelucrate în conformitate cu politica de confidențialitate pe care o puteți consulta pe website-ul ISF:*** [***https://www.isfin.ro/despre-noi/politica-de-confidentialitate***](https://www.isfin.ro/despre-noi/politica-de-confidentialitate)***.***