

Antrag zur Zertifizierung Systembeauftragte*r, Systemmanager*in Qualität inkl. Schwerpunkte, Umwelt, Sicherheit und Gesundheitsschutz

Für die Zulassung zur Zertifizierungsprüfung „Systembeauftragte*r“ bzw. „Systemmanager*in“ sind im Zertifizierungsprogramm Zugangsvoraussetzungen definiert. Wir ersuchen Sie, die geforderten Daten in diesem Formular einzutragen, die Nachweise in Kopie beizulegen und bis spätestens 1 Tag vor der Prüfung an die Quality Austria zu retournieren oder bei der Prüfung dem*der Prüfer*in zu übergeben. **Dieser Antrag bildet neben der bestandenen Prüfung die Grundlage zur Ausstellung des/der Zertifikate/s. Bei Nichteinreichen des Antrags bzw. bei unzureichenden Praxisnachweisen wird das/die Zertifikat/e mit dem Status Anwärter*in ausgestellt.**

Bitte retournieren Sie den vollständig ausgefüllten Antrag per Post, Fax oder E-Mail an:

Quality Austria
Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH
z.H. Frau Viktoria Thiel
Am Winterhafen 1
A-4020 Linz
Fax: +43 732 34 23 23
Tel: +43 732 34 23 22-31
viktoria.thiel@qualityaustria.com

1. NAME, E-MAIL-ADRESSE

Nachname:

Vorname:

Titel:

E-Mail:

2. ANGESTREBTES ZERTIFIKAT

Fachbereich	Systembeauf- tragte*r	System- manager*in
Qualitätsmanagement im Bereich Automotive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement im Bereich Lebensmittelsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagement im Bereich Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umweltmanagementsysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheits- und Gesundheitsschutzmanagementsysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. SPEZIFISCHE AUSBILDUNG UND PRÜFUNG

	Anforderung	Geplanter Prüfungstermin ¹
<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der qualityaustria Lehrgangreihe Integriertes Managementsystem, Qualitäts-, Umwelt- und Sicherheits- und Gesundheitsschutz- managementsysteme, Qualitätsmanagementsysteme im Bereich Automotive, Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen, Qualitätsmanagementsysteme für Lebensmittelsicherheit und Qualitätsmanagementsysteme für Medizinprodukte ¹	
<input type="checkbox"/>	Anerkennung einer gleichwertigen Ausbildung	

¹ Geben Sie bitte den geplanten Prüfungstermin an. Die Überprüfung des absolvierten Ausbildungstermins erfolgt durch die Zertifizierungsstelle.

4. ANFORDERUNGEN AN QUALIFIKATION, BERUFSERFAHRUNG UND BERUFS AUSÜBUNG

Zertifikat	Anforderung	Anforderung erfüllt	Nachweise ² nur bei „Anforderung erfüllt“
Systembeauftragte*r Qualität im Bereich Automotive	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systemmanager*in Qualität im Bereich Automotive	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systembeauftragte*r Qualität (mit Schwerpunkt Lebensmittelsicherheit)	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systemmanager*in Qualität (mit Schwerpunkt Lebensmittelsicherheit)	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systembeauftragte*r Qualität (mit Schwerpunkt Medizinprodukte)	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systemmanager*in Qualität (mit Schwerpunkt Medizinprodukte)	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre in Qualitätssicherung oder -management	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systembeauftragte*r Umwelt	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr im Bereich Umweltmanagement	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systemmanager*in Umwelt	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre im Bereich Umweltmanagement	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systembeauftragte*r Sicherheit und Gesundheitsschutz	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr im Bereich Sicherheits- und Gesundheitsschutzmanagement	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systemmanager*in Sicherheit und Gesundheitsschutz	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre im Bereich Sicherheits- und Gesundheitsschutzmanagement	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Systembeauftragte*r Qualität im Gesundheitswesen	2-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon ein Jahr im Bereich Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Systemmanager*in Qualität im Gesundheitswesen	4-jährige qualifizierte Berufspraxis, davon zwei Jahre im Bereich Qualitätsmanagement im Ge- sundheitswesen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> beigelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--	---	--	--

² (Nachweis: Eigenerklärung, Interimszeugnis, Bestätigung durch arbeitgebendes Unternehmen, ...)

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben. Die Nachweise sind in Kopie diesem Schreiben beigelegt.

Ort

Datum

Unterschrift