

Ref. SADCAS No: 

--	--	--	--	--	--	--

**CANDIDATURA PARA A APROVAÇÃO DE PESSOAL****PARTE A: INFORMAÇÃO GERAL***Preencha um formulário separado para cada pessoa e envie para:***Serviços de Acreditação da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADCAS)****Atenção: Gestor Técnico****Caixa Postal:**

Private Bag 00320  
Gaborone  
Botswana  
Tel: +267 3132909/ 3132910  
Fax: +263 3132922  
Email: [info@sadcas.org](mailto:info@sadcas.org)

**Endereço Físico:**

Plot 50369, Unit 3A Second Floor  
Tholo Office Park, Fairgrounds  
Gaborone  
Botswana

*Por favor complete **TODAS** as secções aplicáveis do formulário em **LENTRA DE IMPRENSA** ou à máquina.***Siga as instruções cuidadosamente.**

Os requisitos para o Representante Nomeado e signatários constam do SADCAS TR 03.  
Submeta um CV detalhado e cópias autenticadas das qualificações, em conjunto com este formulário preenchido.

Os formulários estão disponíveis no sítio da internet <https://www.sadcas.org/> nos escritório do SADCAS ou no escritório do SADCAS / Ponto Focal Nacional para a Acreditação.

Se desejar completar e enviar o formulário por email, por favor note que o SADCAS não aceita responsabilidade nem se responsabiliza por quebra de confidencialidade da informação ou para o recebimento das candidaturas. **Todas as candidaturas enviadas por e-mail devem ser reencaminhadas, devidamente assinadas, por via de correio especial.**

**Nota:** Caso, no decurso de (4) quatro semanas após a expedição, não receba a confirmação da recepção da sua candidatura por parte do SADCAS, deverá contactar o escritório do SADCAS.

<b>Data de Candidatura</b>					
<b>Organização</b>					
<b>Nome</b>				<b>Título</b>	
<b>Posição</b>					
<b>Endereço Postal</b>					
<b>Endereço Físico</b>					
<b>Telf Nº:</b>		<b>Telf Directo No:</b>		<b>Fax Nº:</b>	
<b>Telemóvel Nº:</b>		<b>Endereço electrónico:</b>			
<b>Campo de Operação</b>					

PARTE B: TIPO DE OPERAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO			
<i>Por favor marque onde apropriado</i>			
Organismo de Certificação de Produtos	<input type="checkbox"/>	Laboratório de Verificação	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação de Pessoal	<input type="checkbox"/>	Organismo de Inspeção	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação HACCP	<input type="checkbox"/>	Laboratório Clínico	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação QMS	<input type="checkbox"/>	Laboratório de Ensaios	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação EMS	<input type="checkbox"/>	Laboratório de Veterinária	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação FSMS	<input type="checkbox"/>	Laboratório Farmacêutico	<input type="checkbox"/>
Organismo de Certificação IFMS	<input type="checkbox"/>	Laboratório Forense (Medicina Legal)	<input type="checkbox"/>
Provedor de Esquemas de Ensaio de Proficiência	<input type="checkbox"/>	Serviços de Transfusão de Sangue	<input type="checkbox"/>
Laboratório de Calibração	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Outro (Por favor especifique)			
Especialidade do Indivíduo			
PARTE C: TIPO DE APROVAÇÃO SOLICITADA			
<i>NB: Campo (s) <b>deve (m)</b> ser definido (s) acima. Por favor, indique a (s) escolha (s) <b>claramente</b>.</i>			
<input type="checkbox"/>	Representante Nomeado	<input type="checkbox"/>	Signatário Técnico
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Signatário Técnico Contratado
<input type="checkbox"/>	Outro (especifique)		
PARTE D: EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÕES, EXPERIÊNCIA DE AVALIAÇÃO E EXPERIÊNCIA DE TRABALHO			
<i>Por favor anexe uma cópia assinada e datada do CV actual do candidato e cópias autenticadas das qualificações relevantes</i>			
<b>Confirmo que a informação contida no CV em anexo é correcta.</b>			
Assinado pelo candidato			
<b>NOTA 1:</b> O superior hierárquico imediato do candidato, tecnicamente competente neste campo, <b>deve assinar abaixo</b> e colocar as suas iniciais os itens do CV anexo, em relação aos quais ele/ela tenha conhecimento pessoal.			
<b>Confirmo que a informação contida no CV em anexo é precisa.</b>			
Nome		Assinatura	
Posição			

**PARTE E: A SER COMPLETADA APENAS PELO REPRESENTANTE NOMEADO/PESSOA DE CONTACTO**

Confirmando que li e compreendi os termos e condições dos seguintes documentos de requisitos do SADCAS e me comprometo a implementar os requisitos e responsabilidades definidos nestes documentos e nas alterações posteriores:

Documentos de Requisitos do SADCAS	Inicial
SADCAS TR 01 - Parte 1: Condições para o uso das Marcas de Acreditação do SADCAS	
SADCAS TR 01 - Parte 2: Uso de Marcas Combinadas ILAC MRA/IAF MLA	
SADCAS TR 03 - Representante e Signatários Nomeados: Responsabilidades, Qualificação e Aprovação	
SADCAS TR 06 - Suspensão e Reintegração de Organizações Acreditadas	
SADCAS TG 01 - Informação para organizações candidatas à acreditação	
SADCAS AP 12: Parte 1/Parte 2/Parte 3	
Quaisquer outros documentos do SADCAS relevantes para o tipo de instalação representada	

Nome do Candidato

Assinatura

Data

**PARTE F: COMENTÁRIOS ADICIONAIS**

**PARTE G: APENAS PARA USO OFICIAL**

**Apoio à aprovação pelo Avaliador Coordenador / Avaliador Técnico / Coordenador do Programa**

Nome do Avaliador / SC

Assinatura

Data

**Decisão da Comissão de Aprovação da Acreditação (AAC)**

Aceitação sem condições

Aceitação condicional

Rejeição

Ractificado pela AAC

Assinatura do membro da AAC

Data

*Exemplo de um currículo curto*

**CURRICULUM VITAE**

Nome : Nomes e Sobrenome  
Data : Dia, Mês, Ano (*Data em que o CV foi preparado*)

**Dados de contacto**

Endereço: Contrato Nº : Nº. de casa (H)  
: : Nº. de Trabalho(W)  
: : Telf Celular (Cell)  
Endereço electrónico :

**Detalhes do Empregador**

Empregador :  
Posição : Gestor de Laboratório/ Metrologista/ Gestor da Qualidade/ Analista Químico etc.

**Educação**

*Indique a Educação Secundária e Superior recebidas, onde foi recebida e respectivas datas:*

- 
- 

**Participação em Cursos de Curta duração**

*Indique os cursos de curta duração em que participou, onde se realizaram e datas recebidos e datas:*

- 
- 

**Situação Profissional**

*Indique a filiação e registo em Institutos Profissionais/ Associações*

- 
- 
- 

**Experiência Profissional**

- *Indique todas as actividades principais de que é responsável, ou tarefas importantes para as suas áreas de especialização.*
- *Inclua informação suficiente de tal modo que sejam identificadas as competências específicas.*

**Formação em Sistemas de Gestão**

- *Indique informação relevante sobre a formação recebida, liste cursos de curta duração sob o título relevante.*
- *A informação deverá incluir a experiência prática ganha na análise e/ou desenvolvimento de sistemas de gestão.*

**Artigos e Publicações (Opcional)**

- *Indique documentos apresentados em conferências, workshops. Indique a conferência, data e título do documento, co-autores, etc.*
- *Indique artigos, documentos publicados. Indique a Publicação, data, vol. e título, co-autores, etc.*

**Prêmios (Opcional)**

- *Indique prêmios e sucessos significativos da carreira, reconhecimentos e prêmios recebidos.*

**Participação em Conferência (Opcional)**

- *Indique a conferência, ou workshop, local e data.*

**Referência (Opcional)**

- *Indique o título, nomes e detalhes de contacto de quaisquer referências que queira incluir.*