



groupecwb

Code de compagnie

Formulaire CWB 155F/2019-1

NORME

- W47.1 W55.3
- W47.2 W186

EXPÉRIENCE DU SUPERVISEUR EN SOUDAGE

Superviseur en soudage désigné

Nom de la compagnie:

NOM (caractères d'imprimerie)

Adresse:

Ville: _____ Prov./État: _____ Pays: _____ Code Postal: _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Courriel: _____

RÉSUMÉ DE L'EXPÉRIENCE PERTINENTE EN SOUDAGE:

(Fournir les noms d'employeurs pour les 5 dernières années au minimum. Joindre une liste supplémentaire si requis)

| NOM DE LA COMPAGNIE | DE | À | Indiquer le titre, les fonctions principales et/ou les responsabilités |
|---------------------|-----------|------------|--|
| | MM / AAAA | MM / AAAA | |
| | | Maintenant | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

VEUILLEZ SÉLECTIONNER UNE DES OPTIONS SUIVANTES POUR LES EXEMPTIONS POSSIBLES

- J'ai été qualifié comme superviseur en soudage alors que j'étais à l'emploi de la compagnie : _____
- J'ai terminé les modules de formation du CWB (Veuillez énumérer / Joindre le relevé de notes) : _____
- Je suis présentement qualifié comme inspecteur en soudage en vertu de la norme CSA W178.2 - Qualification des inspecteurs en soudage - et ma certification comprend l'accréditation sur les normes CSA pertinentes. No d'enregistrement
- Je suis qualifié :
 - auprès de l'AWS - American Welding Society - CAWI / CWI / SCWI (certificat en pièce jointe)
 - en tant que technologue/technicien en ingénierie du soudage (certificat en pièce jointe)
 - auprès de l'IIS - Institut international de la soudure - IWE / IWT / IWI / IWS / IWP (certificat en pièce jointe)

NOTE: TOUTE DOCUMENTATION DE FORMATION PERTINENTE ET/OU DEMANDE D'EXEMPTION DOIVENT ÊTRE ANNEXÉES À CE FORMULAIRE. LE DÉFAUT DE FOURNIR LES INFORMATIONS POURRAIT ENTRAÎNER LE RENVOI DU FORMULAIRE, CE QUI POURRAIT RETARDER L'ACCEPTATION DU SUPERVISEUR EN SOUDAGE.

Signature du candidat

DATE

MM / JJ / AAAA

**Veillez soumettre ce document au CWB par courrier, par courriel ou par télécopieur.
Veillez conserver une copie pour votre dossier.**

POUR LE CWB SEULEMENT

| | DATE | |
|------------------------------------|----------------|--|
| | MM / JJ / AAAA | |
| Examens complétés | | Veillez apposer vos initiales en guise d'acceptation |
| AnnéeS d'expérience en fabrication | | |
| Examen oral complété | | |

D'après les informations disponibles, ce superviseur respecte les exigences de la norme CSA spécifiée

Signature

DATE

MM / JJ / AAAA