

W178.2

ATTESTATION DE CONTINUITÉ DE TRAVAIL EN INSPECTION OU EN MISE À L'ESSAI
Ce document est requis en vertu de l'article 10.2 de la norme
CSA W178.2 "QUALIFICATION DES INSPECTEURS EN SOUDAGE"

NOTE : Vous devez signer ce formulaire à défaut de quoi le traitement de la demande sera retardé.

IDENTIFICATION DE L'INSPECTEUR CERTIFIÉ		Date d'expiration de la carte: _____
Nom de l'inspecteur: _____		JJ/MM/AAAA
Adresse: _____		# d'inscription CWB _____
Ville/Province	Code Postal	# Tél.: _____
Courriel: _____		Domicile _____
		Bureau _____
		Cellulaire _____
Désirez-vous que votre numéro de téléphone soit publié sur le site internet du CWB? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si oui, spécifiez le numéro de téléphone: _____		

Ce document atteste qu'au cours des trois dernières années, le soussigné a travaillé continuellement en inspection ou en mise à l'essai pour les compagnies ou les organismes suivants

1. Raison sociale de la compagnie: _____

Adresse: _____

PÉRIODE D'EMPLOI

DU		AU	
	MM / AAAA		MM / AAAA

Tél. #: _____

Nom de la personne à consulter: _____

Tél. #: _____

2. Raison sociale de la compagnie: _____

Adresse: _____

PÉRIODE D'EMPLOI

DU		AU	
	MM / AAAA		MM / AAAA

Tél. #: _____

Nom de la personne à consulter: _____

Tél. #: _____

3. Raison sociale de la compagnie: _____

Adresse: _____

PÉRIODE D'EMPLOI

DU		AU	
	MM / AAAA		MM / AAAA

Tél. #: _____

Nom de la personne à consulter: _____

Tél. #: _____

SIGNATURE

DATE

JJ/MM/AAAA

VEUILLEZ SOUMETTRE CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ AU CWB PAR COURRIEL, PAR TÉLÉCOPIEUR OU PAR COURRIER, ET EN CONSERVER UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.

A L'USAGE DU CWB :

Revu et accepté par: _____

Date: _____