

# COMPETENCIA ICCP Y SOLICITUD DE EXAMEN

Toda la información necesaria para guiar la finalización del proceso de certificación se puede encontrar en el sitio web de ICA ([www.cpted.net/ICCP](http://www.cpted.net/ICCP)). Alternativamente, comuníquese con el Coordinador de Certificación a la dirección de correo electrónico que figura en el sitio web.

Esta aplicación consta de seis páginas.

## Instrucciones para los solicitantes:

- 1 Toda la información en todos los formularios enviados debe escribirse o imprimirse claramente.
- 2 Los solicitantes del Programa ICA ICCP deben ser miembros totalmente pagados de ICA.
- 3 Si la educación universitaria se utiliza para cumplir con una calificación o demostrar una competencia, se debe enviar una transcripción o verificación oficial certificada directamente al Comité de Certificación de ICA de la institución, antes de solicitar una revisión de las competencias demostradas o presentarse para el examen. Los solicitantes no podrán tomar el examen a menos que se reciba una verificación oficial de la institución educativa.
- 4 Complete todas las páginas de la aplicación. Adjunte páginas adicionales si es necesario.
- 5 Asegúrese de que su firma aparezca en tinta en la página 6 de la aplicación.
- 6 La tarifa de solicitud debe pagarse a ICA dentro de 1 semana de este formulario de solicitud, ya sea electrónicamente a través del sitio web de ICA. Las solicitudes, junto con cualquier documentación de respaldo, deben transmitirse a la ICA en forma digital o enviarse por correo a una dirección física (se proporcionará a pedido).

La solicitud debe completarse por completo antes de su presentación \_\_\_\_ Marque aquí si esta solicitud es presentado por segunda vez o posterior revisión de los materiales de la competencia.

Completar la información a continuación. Escriba o imprima claramente con un bolígrafo oscuro.

## Detalles de contacto

Nombre: Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido(s) \_\_\_\_\_

Prefijo (Sr., Sra., Srta.) \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., II, III, etc.) \_\_\_\_\_

Número de miembro ICA \_\_\_\_\_ Número de identificación nacional \_\_\_\_\_

Envíe correos relacionados con ICCP a: \_\_\_\_ Dirección comercial \_\_\_\_ Dirección particular \_\_\_\_\_

Prefijo/Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa / empresa \_\_\_\_\_

Dirección de calle \_\_\_\_\_ Número de habitación o P.O. Casilla \_\_\_\_\_

Ciudad Estado País Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la empresa (incluya los códigos de país / ciudad/área) \_\_\_\_\_

Fax (incluya los códigos de país / ciudad/área) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de casa \_\_\_\_\_

Ciudad Estado País Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (incluya país / ciudad / códigos de área) \_\_\_\_\_

Indique si esta información refleja un cambio de dirección para usar en la actualización de su registro de membresía ICA: \_\_\_\_ Negocio \_\_\_\_ Casa

## **Experiencia profesional de CPTED / Seguridad**

Enumere cada asignación de tiempo completo o parcial en orden cronológico, comenzando con su posición actual. Resuma cada tarea, pero brinde detalles suficientes para indicar el grado de responsabilidad, la naturaleza de las decisiones que debía tomar y los deberes adicionales requeridos por el puesto. No mostrar solo el título del trabajo. Use los espacios provistos y adjunte páginas adicionales si es necesario

Fechas de empleo: desde (mes \_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_) hasta (mes .\_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_)

Nombre del empleador\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_

Cargo / Rango / Grado civil\_\_\_\_\_ Total de meses en esta asignación\_\_\_\_\_

Nombre y título del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Teléfono comercial del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Producto o servicio principal de este empleador\_\_\_\_\_

Resumen de la asignación de trabajo (No use este espacio simplemente para referirse a un archivo adjunto)

Fechas de empleo: desde (mes \_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_) hasta (mes .\_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_)

Nombre del empleador\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_

Cargo / Rango / Grado civil\_\_\_\_\_ Total de meses en esta asignación\_\_\_\_\_

Nombre y título del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Teléfono comercial del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Producto o servicio principal de este empleador\_\_\_\_\_

Resumen de la asignación de trabajo (No use este espacio simplemente para referirse a un archivo adjunto)

Fechas de empleo: desde (mes \_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_) hasta (mes .\_\_\_\_\_ / año .\_\_\_\_\_)

Nombre del empleador\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_

Cargo / Rango / Grado civil\_\_\_\_\_ Total de meses en esta asignación\_\_\_\_\_

Nombre y título del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Teléfono comercial del supervisor inmediato\_\_\_\_\_

Producto o servicio principal de este empleador\_\_\_\_\_

Resumen de la asignación de trabajo (No use este espacio simplemente para referirse a un archivo adjunto)

## **Historia de sanciones penales o disciplinarias**

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito (o en el servicio militar condenado por un juicio judicial general) o hay algún cargo penal pendiente contra usted?

\_\_\_ Sí \_\_\_ NO Si la respuesta es Sí, explique completamente en una hoja separada.

¿Alguna vez le han negado, suspendido o revocado la membresía profesional, licencia, registro o certificación (excepto por falta de calificación mínima o por falta de examen)?

\_\_\_ Sí \_\_\_ NO Si la respuesta es Sí, explique completamente en una hoja separada.

¿Alguna vez ha sido censurado o disciplinado por algún organismo u organización profesional?

\_\_\_ Sí \_\_\_ NO Si la respuesta es Sí, explique completamente en una hoja separada.

Si la respuesta a una o más de estas preguntas es Sí, las explicaciones en hojas separadas firmadas y fechadas se pueden colocar en un sobre cerrado para mayor confidencialidad. Esta información no se distribuirá fuera del Comité de Certificación de ICA. Una respuesta afirmativa no significa necesariamente el rechazo de su solicitud. (Por favor, omita infracciones menores de tráfico y delitos cometidos antes de cumplir 18 años).

El solicitante no debe haber sido condenado por ningún delito que refleje negativamente en la profesión de seguridad y la ICA.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **Referencias profesionales**

Las referencias profesionales deben ser personas que tengan conocimiento de su CPTED o experiencia en seguridad relacionada y / o su posición actual y el grado de responsabilidad que tiene en el desempeño de su trabajo. No debe utilizar como referencia a nadie que esté bajo su supervisión. No use sus propios parientes o miembros del personal de ICA o del Comité de Certificación de ICA como referencias. Proporcione al menos dos (2) referencias profesionales a continuación.

1) Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Relación profesional \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo lo/la conocen \_\_\_\_\_

2) Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Relación profesional \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo lo/la conocen \_\_\_\_\_

3) Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
Relación profesional \_\_\_\_\_  
Dirección de la empresa \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo lo/la conocen \_\_\_\_\_

**Educación post secundaria**

Si la educación se utiliza para cumplir con los requisitos, se debe enviar una transcripción certificada oficial o una verificación de título a la oficina del programa ICCP antes de que el candidato se considere elegible para la revisión de competencias y / o pruebas.

Institución de educación superior Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Asistió de lunes a viernes / mes. A año . \_\_\_\_ / año . \_\_\_\_ Años académicos completados \_\_\_\_\_

Concentración Mayor \_\_\_\_\_ Menor \_\_\_\_\_

Verificación / Transcripción solicitada \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Institución de educación superior Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Asistió de lunes a viernes / mes. A año . \_\_\_\_ / año . \_\_\_\_ Años académicos completados \_\_\_\_\_

Concentración Mayor \_\_\_\_\_ Menor \_\_\_\_\_

Verificación / Transcripción solicitada \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Institución de educación superior Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Asistió de lunes a viernes / mes. A año . \_\_\_\_ / año . \_\_\_\_ Años académicos completados \_\_\_\_\_

Concentración Mayor \_\_\_\_\_ Menor \_\_\_\_\_

Verificación / Transcripción solicitada \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

## **Declaración del solicitante**

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud, incluidos los archivos adjuntos, es precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la aprobación de mi solicitud puede depender de los resultados de una referencia y revisión de antecedentes, y por la presente autorizo a la Asociación Internacional CPTED (ICA), el Comité de Certificación (ICC) y sus agentes para investigar la veracidad y exactitud de toda la información que he proporcionado. Autorizo a ICA, ICC y sus agentes a discutir los resultados de dicha revisión con todas las personas involucradas en el proceso de certificación. Doy mi consentimiento para que todas las personas contactadas proporcionen información sobre mí y / o mi solicitud, y eximo a cada una de esas personas de la responsabilidad de proporcionar información a ICA, la ICC y sus agentes. Entiendo que cualquier declaración falsa o engañosa, tergiversación u ocultación u omisión material de la información que he proporcionado o no proporcioné en mi solicitud y anexos puede ser motivo de rechazo de mi solicitud, o si ya se volvió a certificar, de la " Designación de practicante certificado CPTED de ICA (facultativo y / o profesional).

También entiendo que cualquier disputa o conflicto que surja del procesamiento, la revisión o el rechazo de la solicitud o la posterior revisión o rechazo de los materiales de respaldo presentados serán resueltos por la ICC o, si el conflicto involucra a la ICC en sí misma, recibirá una resolución final e indiscutible. revisión para resolución de la Junta Directiva de ICA. Acepto, indicado por mi firma, que todas las disputas legales que surjan de esta solicitud, su revisión o rechazo, serán escuchadas en un tribunal en la ciudad de origen de la ICA.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del candidato (impreso):

## **Tarifas y forma de pago**

La tarifa total debe acompañar a la solicitud. Debe ser un miembro de la ICA con buena reputación para solicitar la recertificación.

**Tarifa de certificación de CA \$ 275 mediante un sistema de pago electrónico en línea (pagadero en dólares canadienses).**

Para pagar con tarjeta de crédito / débito, inicie sesión en la página web de ICCP ([www.cpted.net/ICCP](http://www.cpted.net/ICCP)).

Póngase en contacto con nosotros si prefiere pagar con cheque.

Recordatorios:

- ✓ ¿Completó el formulario de solicitud y envió el pago?
- ✓ ¿Pidió transcripciones oficiales de la universidad (si es necesario)?
- ✓ ¿Incluyó su firma y fecha en la solicitud?

Envíe la solicitud completa y los materiales de apoyo al enlace de carga proporcionado en la página de certificación ICA ICCP o envíelos por correo electrónico al Presidente del Programa de Certificación.

Actualizado 11 de enero de 2021