|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formularz zgłoszeniowy kandydata na przedstawiciela**  **posiadającego oddelegowane działania jakości** | | |
| Nazwa firmy: | | |
| Nazwisko kandydata: | | |
| Zatrudniony na stanowisku: | | |
| Liczba lat na obecnym stanowisku: |  | Zapewnienie jakości (QA) = \_\_\_\_\_ Kontrola jakości (QC) = \_\_\_\_\_\_  Liczba lat pracy w jakości: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wybrać opcję, która dotyczy personelu posiadającego oddelegowane działania jakości:  Główny personel: \_\_\_\_\_ Zmiennik \_\_\_\_\_\_\_  Dodatkowy personel: \_\_\_\_\_ Wymiana \_\_\_\_\_\_\_ |  | Jeśli zmiennik to proszę podać, za kogo:   Numer stempla tej osoby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| Dołączono wyniki badania wzroku (wybrać jedną opcję):  Tak \_\_\_\_\_ Nie \_\_\_\_\_\_(\*) Nie dotyczy \_\_\_\_\_\_\_ (\*) (\*) Dostarczyć krótkie wyjaśnienie i dołączyć do tego formularza | | |

|  |
| --- |
| Krótki opis bieżących obowiązków i odpowiedzialności kandydata:  (do wyboru, dołączyć życiorys kandydata i/lub arkusz dodatkowy).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Uwaga: Kandydat musi wypełnić arkusz samooceny na drugiej stronie formularza. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis kandydata:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Data: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko kierownika działu jakości dostawcy:  Druk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Data: |

Zatwierdzenie Polskich Zakładów Lotniczych Sp. z o.o.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zatwierdzenie Dyrektora Zarządzania Jakością Polskich Zakładów Lotniczych Sp. z o. o. (Imię, nazwisko i podpis): |  | Data: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Samoocena kandydata na personel posiadający***  ***oddelegowane działania jakości*** |  | | | | |
| UMIEJĘTNOŚCI I WIEDZA | OCENA | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| * Znajomość procedur / instrukcji dostawcy oraz ich stosowania |  |  |  |  |  |
| * Obeznanie z procesami produkcyjnymi |  |  |  |  |  |
| * Dobra znajomość metod i technik kontroli |  |  |  |  |  |
| * Obeznanie z systemem archiwowania u dostawcy (tj. odzyskiwaniem historii części) |  |  |  |  |  |
| * Dobra znajomość zasad tolerancji geometrycznych |  |  |  |  |  |
| * Zdolność do identyfikowania ukrytych właściwości |  |  |  |  |  |
| * Obeznanie z elementami współpracującymi wyrobu |  |  |  |  |  |
| * Obeznanie z kontrolą wymiarową / oprzyrządowaniem kontrolnym stosowanym do kontroli wyrobu |  |  |  |  |  |
| * Dobra znajomość wymagań odnośnie znakowania identyfikacyjnego |  |  |  |  |  |
| * Dobra znajomość SSQR-01/ASQR-01 (Wymagania dotyczące jakości dla dostawcy lotniczego) |  |  |  |  |  |
| * Dobra znajomość wymagań odnośnie zabezpieczania i pakowania |  |  |  |  |  |

**LEGENDA:**

1 = Brak wiedzy

2 = Podstawowe zrozumienie

3 = Może wykonać z pomocą

4 = Może wykonać bez pomocy

5 = Może uczyć innych kandydatów na personel posiadający oddelegowane działania jakości

Podpis Kierownika kandydata ODJ