

EXPERIENCE VERIFICATION FORM

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

INFORMAÇÃO SOBRE O CANDIDATO

Número de ID do Candidato: _____

Nome do Candidato: _____
Primeiro Nome Nome do Meio Último Sobrenome

O indivíduo acima mencionado candidatou-se para os seguintes programas de certificação e deve enviar uma cópia deste formulário preenchido, para a verificação da experiência exigida, como descrito abaixo:

CIA (Certificado de Auditor Interno) – **24 meses de experiência em auditoria interna** ou equivalente (definido como experiência em auditoria/avaliações em disciplinas, incluindo auditoria externa, qualidade em segurança, conformidade e controle interno)

CCSA (Certificado em Controle de Auto-Avaliação) – **12 meses de experiência em negócios de controle relacionado, tais como CSA**, auditoria, qualidade em segurança, administração de riscos, ou auditoria ambiental

CGAP (Certificado para Profissional em Auditoria em Empresas do Governo) – **24 meses de experiência em auditoria em um ambiente governamental** (federal, estadual, municipal, autarquias, empresas de capital misto)

CFSA (Certificado de Auditor em Serviços Financeiros) – 24 meses de experiência em um ambiente de serviços financeiros

Experiência do Candidato

As seguintes informações sobre o candidato devem estar listadas em ordem cronológica, iniciando pela posição mais recente.

Favor listar o nome do cargo, as datas de início e fim do período trabalhado e uma breve descrição das tarefas e responsabilidades do candidato. No caso de experiência de ensino, listar os títulos dos cursos, as datas em que foram ministrados e a descrição dos mesmos. (Dois anos de experiência em um assunto relacionado serão aceitos como o equivalente a um ano de experiência de trabalho.)

Cargo: _____

Empresa: _____

Datas: de: _____ a: _____

Descrição de Responsabilidades: _____

Cargo: _____

Empresa: _____

Datas: de: _____ a: _____

Descrição de Responsabilidades: _____

INFORMAÇÃO SOBRE O DECLARANTE

Sou (confira todos que se apliquem):

Um CIA:

Um CCSA:

Um CGAP:

Um CFSA:

O supervisor do candidato (atual ou prévio):

Nome (impresso): _____

Cargo/Função: _____

Empresa: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

DECLARAÇÃO

Confirmando que o candidato mencionado neste formulário terminou a experiência como listada acima, e confirmando que esta experiência atende aos requisitos do programa ao qual o candidato inscrito como descrito acima.

Assinatura do Declarante: _____

Data: _____

Favor enviar o formulário preenchido como um anexo para: certificacao@audibra.org.br Esse documento será analisado dentro de aproximadamente dez dias do recebimento no IIA Brasil/AUDIBRA. Se o documento não for aprovado, você será contatado.