

DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO AO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO POR EXPERIÊNCIA

Nome: _____

Declaro para fins de inscrição no Processo de Certificação por Experiência do ICSS – Instituto de Certificação dos Profissionais de Seguridade Social que:

a) Atendo aos seguintes pré-requisitos:

1. Comprovada experiência no exercício de atividade na área financeira, administrativa, contábil, jurídica, de fiscalização, atuarial ou de auditoria; e
2. Tenho formação de nível superior.

b) Não sofri:

1. condenação criminal transitada em julgado; e/ou
2. penalidade administrativa agravada por reincidência nos últimos 3 (três) anos por infração à legislação da seguridade social, inclusive da previdência complementar, nem como servidor público.

c) Exerci, nos últimos 10 (dez) anos :

() função de membro de Conselho Deliberativo ou Fiscal ou de Diretoria Executiva em entidade fechada de previdência complementar por, no **mínimo, 2 (dois) anos**;

() função em área financeira, administrativa, contábil, atuarial, jurídica, de fiscalização ou auditoria, em cargo com poderes de gestão em entidade fechada de previdência complementar, suas patrocinadoras ou companhias de capital aberto, por no **mínimo 3 (três) anos**;

Para efeitos deste requisito, função de gestão é aquela exercida até o segundo nível hierárquico, ou seja, gerência, chefia de departamento, coordenadoria ou assemelhada.

() função em área financeira, administrativa, contábil, atuarial, jurídica, de fiscalização ou auditoria, em cargo com poderes de gestão em organizações relacionadas à seguridade social, por no **mínimo 5 (cinco) anos**.

Para efeitos deste requisito, função de gestão é aquela exercida no primeiro nível hierárquico, ou seja, diretoria, superintendência ou assemelhada.

Para efeitos deste requisito organizações relacionadas à seguridade social são aquelas que atuem nas áreas de previdência social, previdência privada (aberta ou fechada), saúde ou assistência social, diretamente ou como prestadores de serviços, tais como bancos, empresas de gestoras de planos de previdência e saúde, de consultoria, de auditoria, de tecnologia da informação, instituições de ensino, seguradoras, bem como entidades governamentais, associativas e sindicais.

Li e concordo com o Regulamento da Certificação por Experiência do ICSS - Instituto de Certificação dos Profissionais de Seguridade Social e **confirmo a minha adesão** ao Código de Conduta para o Profissional Certificado ICSS.

As informações prestadas e os documentos encaminhados são verdadeiros e de minha inteira responsabilidade, ratificando que não tenho qualquer impedimento para participar do processo de Certificação por Experiência do ICSS – Instituto de Certificação dos Profissionais de Seguridade Social.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____