



## FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA – PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO CCSA, CFSA, CGAP

**NOME:** .....

**ID:** ..... **E-mail:** .....

**DOCUMENTOS:** ..... **RG:** ..... **CPF:** .....

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

<b>CIA</b> <b>(Certificado de Auditor Interno)</b>	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).
<b>CCSA</b> <b>(Certificado em Controle de Auto-Avaliação)</b>	12 meses de experiência em controles relacionados, tais como CSA, auditoria, qualidade em segurança, administração de riscos, ou auditoria ambiental.
<b>CGAP</b> <b>(Certificado para Profissional em Auditoria em Empresas do Governo)</b>	24 meses de experiência em auditoria em um ambiente governamental (federal, estadual, municipal, autarquias, empresas de capital misto).
<b>CFSA</b> <b>(Certificado de Auditor em Serviços Financeiros)</b>	24 meses de experiência em auditoria em ambiente de serviços financeiros.
<b>CRMA</b> <b>(Certificação em Risk Management Assurance)</b>	24 meses de experiência em auditoria interna e experiência em negócios ligados ao gerenciamento de riscos e governança. No momento da inscrição, você precisa ter uma das experiências citadas e concluir a outra durante o processo de certificação.

### 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).

**EMPRESA:** .....

**CARGO/FUNÇÃO** ..... **DATAS** .....

**DESCRIÇÃO DE RESPONSABILIDADES** .....

**EMPRESA:** .....

**CARGO/FUNÇÃO** ..... **DATAS** .....

**DESCRIÇÃO DE RESPONSABILIDADES** .....



**INFORMAÇÕES SOBRE O DECLARANTE:**

Sou (confira todos que se apliquem):

- CIA                       CCSA                       CGAP                       CFSA  
 CRMA                       Professor do candidato                       O supervisor do candidato (atual ou anterior):

**NOME:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**EMPRESA:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO:**

Confirmando que o candidato mencionado neste formulário possui a experiência listada acima, e confirmo que esta experiência atende os requisitos do programa de certificação ao qual o candidato inscrito como descrito acima.

**ASSINATURA DO DECLARANTE:** \_\_\_\_\_

**DATA/ LOCAL:** \_\_\_\_\_

Favor enviar o formulário preenchido como um anexo para: [certificacao@iiabrasil.org.br](mailto:certificacao@iiabrasil.org.br) Esse documento será analisado dentro de até dez dias do recebimento no IIA Brasil. Se o documento não for provado, você será contatado.