



EXPERIENCE VERIFICATION FORM

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA – PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO CIA

NOME:

ID: **E-mail:**

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

O individuo 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:

| | |
|--|---|
| 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 auditoria em um ambiente de serviços financeiros. |
| CRMA (Certificação em Risk Management Assurance) | 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



EXPERIENCE VERIFICATION FORM

INFORMAÇÕES SOBRE O DECLARANTE:

Sou (confira todos que se apliquem):

- CIA CCSA CGAP CFSA
 CRMA 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 Esse documento será analisado dentro de até dez dias do recebimento no IIA Brasil. Se o documento não for provado, você será contatado.