



EXPERIENCE VERIFICATION FORM

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA – PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO CRMA

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 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 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 Esse documento será analisado dentro de até dez dias do recebimento no IIA Brasil. Se o documento não for provado, você será contatado.