Certificazione “Consulenza clientela bancaria”

**Conferma datore di lavoro**

Il candidato soddisfa i seguenti requisiti al momento della certificazione:

* Essere occupato presso un istituto finanziario svizzero.
* Disporre di un registro dei clienti o parteciparvi oppure lavorare per conto di clienti come specialista indipendente ed essere in contatto con loro.
* Disporre di un ruolo valido per il programma (secondo i ruoli definiti dall’organizzazione d’esame).
*(Per UVV: secondo l’allegato Definizione del ruolo Certified Wealth Management Advisor CWMA).*

**Supplemento per UVV/ intermediari finanziari (p.f. crociare):**

[ ]  Il sottoscritto datore di lavoro detiene un accordo quadro qualificato con una banca autorizzata in Svizzera

[ ]  ed è membro di un OAD riconosciuto dalla FINMA.

|  |
| --- |
| 1. **Dati personali**
 |
| Titolo | [ ]  Signor | [ ]  Signora |
| Nome |       |
| Cognome |       |
| Data di nascita |       |
| Indirizzo privato(via/n. / codice postale/città) |       |
| E-mail privata / business |       |
| Telefono |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Programma di certificazione(Selezionare un solo program-ma) | [ ]  Cons. clientela privata | [ ]  Cons. clientela PMI | [ ]  Cons. clientela Affluent  |
|  | [ ]  Cons. clientela individuale | [ ]  Corporate Banker CCOB | [ ]  Wealth Management Advisor CWMA |
| Lingua del certificato | [ ]  tedesco [ ]  inglese [ ]  francese [ ]  italiano |

|  |
| --- |
| 1. **Dati professionali attuali**
 |
| Datore di lavoro attuale |       |
|  |       |
|  |       |
| Funzione / Ruolo |       |
| Contatto / Superiore |       |
| *Solo per GPI* | *[ ]  Autorizzazione della FINMA* | *[ ]  Membro OAD:* |

|  |
| --- |
| 1. **Conferma datore di lavoro**
 |
|  | **Luogo** | **Data** | **Firma** |
| **Datore di lavoro**(solamente valido timbrato) |       |       |  |
| Con la sua firma il datore di lavoro dichiara:* che le informazioni date sull’impiego e ruolo sono integre e autentiche
* che il candidato soddisfi le condizioni di cui sopra
 |
|  | **Luogo** | **Data** | **Firma** |
| **Candidato** |       |       |  |
| Con la firma del presente modulo, il candidato dichiara:* che i dati personali sono completi e veritieri
* di aver riconosciuto il regolamento d'esame
 |