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 | | | |