

# Antrag zur Zertifizierung

Standard Informationssicherheitsbeauftragte:r Automotive  
Bereich Personenzertifizierung



## 1. Angaben zur / zum Antragsteller:in

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	<b>Titel</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Nachname</b>			<b>Rechnungsanschrift, wenn von Ihrer Privatanschrift links abweichend (bspw. Firma, andere Person oder eine Zweitanschrift):</b>	
<b>Vorname</b>			<b>Rechnungs-empfänger:in</b> (Firma, ggf. Abteilung)	
<b>Geburtsdatum</b>				
<b>Straße, Hausnr.</b>			<b>Straße, Hausnr.</b>	
<b>PLZ, Ort</b>			<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Land</b>			<b>Land</b>	
<b>E-Mail</b>			<b>Rechnung per E-Mail an</b>	

## 2. Angaben zur angestrebten Zertifizierung

Informationssicherheitsbeauftragte:r Automotive Foundation (IAF)

Informationssicherheitsbeauftragte:r Automotive Professional (IAP)

## 3. Angaben zur Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen

IAF:  Besuch eines IAF-Lehrgangs bei einem anerkannten Bildungsdienstleister.

IAP:  gültiges Zertifikat IAF

Besuch eines IAP-Lehrgangs bei einem anerkannten Bildungsdienstleister.

**Bitte Nachweise / Zertifikate zu den Zulassungsvoraussetzungen beifügen!**

## 4. Mitgeltende Dokumente / Erklärung

Es gelten folgende Dokumente der DEKRA Certification GmbH, die ich zur Kenntnis genommen habe und anerkenne:



[Allgemeine Geschäftsbedingungen \(AGB\) \(D-030-18\)](#)

[Allgemeine Zertifizierungsbedingungen \(AZB\) \(D-030-19\)](#)

[Prüfungs- und Zertifizierungsordnung \(PZO\) Informationsbeauftragte:r Automotive \(D-03S-52\)](#)

[Datenschutzinformation \(D-250-03\)](#)

Ich **melde** mich mit meiner Unterschrift **verbindlich** zu der oben genannten Zertifizierung an.

Mir ist bekannt, dass für die Prüfung und Zertifizierung **Entgelte** gemäß der PZO für Fachpersonal für die Versorgung chronischer Wunden zu entrichten sind. Bei einem begonnenen Prüfungsverfahren ist die Prüfungsgebühr vollständig zu entrichten.

Ich **versichere**, dass alle geforderten und mit diesem Antrag eingereichten Unterlagen und Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich **informiere** die DEKRA Certification GmbH umgehend, falls sich die oben gemachten Angaben vor Abschluss des Prüfungsverfahrens ändern.

Datum

Unterschrift Antragsteller:in

**Bitte verwenden Sie eine eingescannte Unterschrift oder eine digitale Signatur.  
Ihr „eingetippter“ Namenszug kann nicht als Unterschrift anerkannt werden!**