

Form Number

## CDPH COURSE COMPLETION FORM AND TRAINING CERTIFICATE

**Instructions:** The top half of this form is to be completed by the student, and the bottom half is to be completed by the accredited training provider. The accredited training provider must submit this form to CLPPB **and** the student within **30 calendar days** of the student's successful completion of the final examination. / **Instrucciones:** La parte superior de este formulario deberá ser completada por el estudiante y la parte inferior por el Proveedor acreditado de entrenamiento. El Proveedor del entrenamiento tiene que mandar este formulario a CLPPB y al estudiante dentro de los siguientes 30 días después de haber pasado el examen final.

**Student Information** -To be completed by the student. Please print or type. *Deberá completarse por el estudiante.*

Name / Nombre (last / apellido paterno) (first / primer nombre) (middle initial / segundo nombre) Telephone Number / Numero de telefono  
( )

**Home address** (number, street, apartment number, PO box number)  
*Direccion (numero, calle, numero de apartamento, apartado postal)*

Date of birth (month/day/year)  
*Fecha de nacimiento (mes/dia/ano)*

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Photo identification / Tarjeta de identificacion con foto

Number / Numero \_\_\_\_\_

Type / Tipo

- Driver's license / Licencia de conducir  
 Resident alien card / Tarjeta de residencia  
 Other ID / Otro tipo de ID (specify / especifique)

City / Ciudad State / Estado Zip code /Codigo postal

**Mailing address, if different** (employer or union name, number, street, apartment number, PO box number)  
*Direccion de correo, si es diferente (nombre de patron or union, numero, calle, numero de apartamento, apartado postal)*

Gender / Sexo  
 Male / Masculino  Female / Femenino

City / Ciudad State / Estado Zip code /Codigo postal

If currently CDPH certified, provide **CDPH certificate ID number** Si esta certificado por CDPH, favor de dar su número de CDPH

Prior to signing, read the Privacy Statement and other information on the back of the form.  
*Antes de firmar, lea la Declaracion Sobre la Privacidad, y otra información en la parte de atrás de este formulario.*

Signature of student / Firma del estudiante Date (month/day/year) / Fecha (mes/dia/ano)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Training Information

-To be completed by accredited training provider. Please print or type.

Accredited Training Provider name and address

Training Provider Phone Number  
( )

Course Number

Course title:

Instructor Name(s):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Work                           | <input type="checkbox"/> Continuing Education for Workers                |
| <input type="checkbox"/> Inspection/Assessment          | <input type="checkbox"/> General Continuing Education                    |
| <input type="checkbox"/> Certified Industrial Hygienist | <input type="checkbox"/> Supervision and Project Monitoring              |
| <input type="checkbox"/> Sampling Technician            | <input type="checkbox"/> Supplemental Supervision and Project Monitoring |

- English  
 Spanish

Course dates (mm/dd/yyyy)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Number of contact hours** of instruction completed Date student passed course or continuing education **final examination** (mm/dd/yyyy)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Core instruction (if different) Core instruction CCF number

Location of course

Core CCF date (mm/dd/yyyy)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

As a training director, I hereby certify, under penalty of perjury, that the information provided herein is true and correct.

Name of Training Director—please print or type

Signature of Training Director

Date (mm/dd/yyyy)  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Privacy Statement:** This information is requested by the California Department of Public Health, Childhood Lead Poisoning Prevention Branch, under the Health and Safety Code, Section 105250, in order to determine the eligibility of an individual for Lead Certification. Provision of this information is mandatory. The consequence of not providing this information is denial of certification. This information may be provided to the California Division of Occupational Safety (Cal-OSHA) and California government agencies and officials as provided by law. You have the right to access records containing your personal information maintained by the California Department of Public Health. For information or access to your records, contact the Childhood Lead Poisoning Prevention Branch, 850 Marina Bay Parkway, Building P, 3rd Floor Box A, Richmond, CA 94804-6403, Telephone: 1-800-597-LEAD.

**Declaración Sobre la Privacidad:** Esta información es solicitada por el Departamento de Salud Pública de California, División de Prevención de Envenenamiento por Plomo en la Niñez, bajo el Código de Salud y Seguridad, Sección 105250, para determinar la elegibilidad del individuo para la certificación del plomo. Proveer esta información es obligatorio. La consecuencia de no dar esta información será la negación de la certificación. Esta información puede ser adquirida por la Administración de la Seguridad y La Salud Ocupacional de California (Cal-OSHA), y otras agencias y oficiales del gobierno según la ley. Usted tiene el derecho de obtener su información personal mantenida por el Departamento de Salud Pública de California. Para información y obtener sus documentos comuníquese con la División de Prevención de Envenenamiento por Plomo en la Niñez, 850 Marina Bay Parkway, Building P, 3rd Floor Box A, Richmond, CA 94804-6403, Teléfono: 1/800-597-LEAD.

**Authorization to Release Information:** I authorize the accredited training provider listed on the front of this form to release information to the California Department of Public Health (CDPH) regarding my completion of this instruction for the purpose of Lead Certification.

**Autorización para pasar información:** Autorizo el Proveedor acreditado del entrenamiento a que pase al Estado de California, Departamento de Salud Pública (CDPH), toda mi información en relación del curso tomado para obtener la certificación para trabajar con Plomo.

**I understand the possession of this form does not constitute certification by CDPH. I understand that I must apply to CDPH within one year of successful completion of the final examination to be eligible for certification or renewal.**

*Entiendo que al obtener este formulario no constituye tener la certificación con CDPH. Entiendo que tengo un año para solicitar al CDPH después de haber pasado el examen final.*