

Anmeldung zum Zertifizierungsprogramm des IIA

CIA® CCSA® CFSA® CGAP®

DIIR Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.



DIIR – Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.
Ohmstraße 59
60486 Frankfurt am Main

Teilnehmer	Privatanschrift	Firmenanschrift	Rechnung an
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Privatanschrift
Anrede/Titel	Straße und Hausnummer	Unternehmen	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Firmenanschrift
Name	PLZ und Ort	Branche	
_____	_____	_____	oder abweichend
Vorname	Land	Position im Unternehmen	
_____	_____	_____	
Geburtsdatum	Telefon	Straße und Hausnummer	
	_____	_____	
	Telefax	PLZ und Ort	_____
	_____	_____	Name
	E-Mail	Land	_____
		_____	Vorname
		Telefon	_____
		_____	Straße und Hausnummer
		Telefax	_____
		_____	PLZ und Ort
		E-Mail	_____
			Land

Ausbildung	Persönliche oder Firmen-DIIR-Mitgliedschaft	Anmeldungen zu den Prüfungen		
_____	<input type="checkbox"/> Ja	Erstantritt	CIA	Spezial-Prüfungen
Abschluss				
_____	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teil I	<input type="checkbox"/> CCSA
Zertifikate		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teil II	<input type="checkbox"/> CFSA Banking
	_____		<input type="checkbox"/> Teil III	<input type="checkbox"/> CFSA Insurance
	Mitgliedsnummer		<input type="checkbox"/> Teil IV	<input type="checkbox"/> CFSA Securites
	_____			<input type="checkbox"/> CGAP
	ID-Nummer des IIA Global (falls vorhanden)			

Ort, Datum

Unterschrift

Zertifizierungsprogramm des IIA

CIA® CCSA® CFSA® CGAP®

DIIR Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.



DIIR – Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.
Ohmstraße 59
60486 Frankfurt am Main

Nachweis der charakterlichen Eignung

Ich kenne Frau/Herrn

Vorname und Name

seit

Jahr

Ich bin

<input type="checkbox"/> sein/e Vorgesetzte/-r	_____ Vorname und Name
<input type="checkbox"/> sein/e Hochschullehrer/-in	_____ Titel/Funktion
<input type="checkbox"/> Certified Internal Auditor	_____ Unternehmen/Organisation
	_____ Adresse
	_____ Telefon
	_____ Telefax
	_____ E-Mail

Nach meiner Meinung erfüllt sie/er die in dem beigefügten Kodex der Berufsethik (Code of Ethics) des Institute of Internal Auditors (IIA) geforderte persönliche Qualifikation.

Ort, Datum

Unterschrift

Zertifizierungsprogramm des IIA

■ CIA® ■ CCSA® ■ CFSA® ■ CGAP®



DIIR – Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.
Ohmstraße 59
60486 Frankfurt am Main

Nachweis über die berufliche Praxis in der Internen Revision

Seite 1 von 2

Kandidat

Vorname und Name

Kurze Beschreibung der ausgeübten revisionsrelevanten Tätigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten
(in chronologischer Reihenfolge, beginnend mit der derzeitigen Beschäftigung)¹:

Tätigkeit/Verantwortlichkeit	von	bis	Unternehmen
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¹ Praktika und Trainee-Programme werden nicht als Berufserfahrung anerkannt.

Nachweis über die berufliche Praxis in der Internen Revision

Seite 2 von 2

Ich kenne Frau/Herrn

Vorname und Name

seit

Jahr

Ich bin

<input type="checkbox"/> sein/e Vorgesetzte/-r	_____ Vorname und Name
<input type="checkbox"/> sein/e Hochschullehrer/-in	_____ Titel/Funktion
<input type="checkbox"/> Certified Internal Auditor	_____ Unternehmen/Organisation
	_____ Adresse
	_____ Telefon
	_____ Telefax
	_____ E-Mail

Ich bestätige, dass der Kandidat über die oben beschriebene Berufspraxis in der Internen Revision oder einer vergleichbaren Tätigkeit verfügt.

Ort, Datum

Unterschrift

Zertifizierungsprogramm des IIA

■ CIA® ■ CCSA® ■ CFSA® ■ CGAP®



DIIR – Deutsches Institut für
Interne Revision e.V.
Ohmstraße 59
60486 Frankfurt am Main

Weiterbildungsnachweis

Seite 1 von 2

Berichtszeitraum

Jahr 1

Jahr 2

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teilnehmer

Anrede/Titel

Urkunden-Nummer

Name

ID-Nummer

Vorname

Zertifizierung/en

Hiermit bestätige ich, dass ich an den aufgelisteten Bildungsmaßnahmen teilgenommen habe.
Ich bin bereit, nach Aufforderung des Institutes einen entsprechenden Nachweis zu liefern.

Ort, Datum

Unterschrift

Weiterbildungsnachweis

Seite 2 von 2

Bildungsbereich	Art	Datum	Jahr	
			Stunden CPE ¹	Stunden CPE ¹
Maximal anerkannte Stunden				
Weiterbildung 80				
Veröffentlichungen Buch: 50 Artikel: 25 Research: 25				
Vorträge 50				
Teilnahme an DIIR-Arbeitskreisen 40				
Teilnahme an anderen Arbeitskreisen 25				
Teilnahme an Qualitätsprüfungen der internen Revision 25				
Summe				

¹ 1 CPE = 50 Minuten