

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: _____

Κωδικός Εξεταζομένου: _____

*ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:				
*ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:			ΕΤΑΙΡΕΙΑ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ				
ΝΟΜΟΣ	ΔΗΜΟΣ	ΟΔΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	Τ.Κ
ΤΗΛ:		e-mail:		
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ				
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ <input type="checkbox"/>		ΑΔΕΙΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ <input type="checkbox"/>		
ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ <input type="checkbox"/>		ΑΤΟΜΙΚΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>		
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΕΙΑΣ <input type="checkbox"/>				
ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ				
ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ <input type="checkbox"/>		ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ <input type="checkbox"/>		ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΟΡΑΣΗ <input type="checkbox"/>

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

.....
Κόστος Εξέτασης :€

Δηλώνω υπεύθυνα ότι

- τα στοιχεία που δήλωσα είναι αληθή
- γνωρίζω και αποδέχομαι τους Κανονισμούς Εξέτασης, την Διαδικασία Επαναπιστοποίησης και τους όρους χρήσης πιστοποιητικού.
- πληρώ όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις (όπως αυτές τίθενται στον επίσημο διαδικτυακό τόπο του φορέα) για τη συμμετοχή μου στη διαδικασία εξέτασης.
- δεσμεύομαι ότι δε θα κοινοποιήσω σε τρίτους έγγραφα και στοιχεία τα οποία περιήλθαν στην κατοχή μου ή την γνώση μου κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στη διαδικασία Πιστοποίησης και κυρίως θέματα εξετάσεων

Ο ΑΙΤΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Ημερομηνία: / / 20 .

Ημερομηνία: / / 20 .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

ΑΠΟΡΡΙΠΤΕΤΑΙ

Ο φορέας δεσμεύεται ότι:

1. Εξασφαλίζει την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων που τηρεί στα αρχεία της. Όλα τα προσωπικά δεδομένα διαχειρίζονται σύμφωνα με την κείμενη Νομοθεσία
2. Η μέθοδος αξιολόγησης του υποψηφίου δεν επηρεάζεται από τα προσωπικά του δεδομένα.

Τα πεδία με αστερίσκο * συμπληρώνονται και με λατινικούς χαρακτήρες. Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική.