



# ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: <i>Candidate's Last Name</i>		ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: <i>Candidate's First Name</i>				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΡΟΣ: <i>Mother's Name</i>		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ: <i>Father's Name</i>				
ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΙΑ: <i>Τεκμηριώνεται με την κατάθεση αντιγράφου ενός εκ των παρακειμένων στοιχείων</i>						
Αστυνομική Ταυτότητα <i>ID Number</i>	Διαβατήριο <i>Passport</i>	Άδεια Οδήγησης <i>Driving License</i>	Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας <i>Personal Health Card</i>	Άλλο (καθορίστε) <i>Other (specify)</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ΑΡΙΘΜΟΣ:		ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ:				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΙΟΥ*: <i>Legal Representative's Name</i>						
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΙΟΥ*: <i>Legal Representative's ID Number</i>						
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <i>Address</i>		ΝΟΜΟΣ: <i>Area</i>		ΔΗΜΟΣ: <i>City</i>		
TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ: <i>Zip Code</i>		ΤΗΛΕΦΩΝΟ: <i>Phone</i>		ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: <i>Phone</i>		
FAX:		EMAIL:				
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: <i>Date of Birth</i>		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: <i>Place of Birth</i>	ΑΡΡΕΝ: <i>Male</i>	<input type="checkbox"/>	ΘΗΛΥ: <i>Female</i>	<input type="checkbox"/>
Προσδιορίστε πιθανές δυσκολίες που έχετε όσο αφορά όραση, ακοή, κίνηση, νόηση: *						
Προσδιορίστε πιθανή εργασιακή ή άλλης μορφή σχέσης που έχετε με την PQR, με εργαζόμενο ή συνεργάτη του:						
Αιτούμαι για την εξέτασή μου στην παρακάτω Θεματική Κατηγορία: <i>I apply for the assessment area checked below:</i>						
<input type="checkbox"/>	elic Professional					
<input type="checkbox"/>	elic Professional Plus					
<input checked="" type="checkbox"/>	elic Professional 360	<input type="checkbox"/>	elic.wrd - Επεξεργασία Κειμένου			
		<input type="checkbox"/>	elic.xcl - Υπολογιστικά Φύλλα			
		<input type="checkbox"/>	elic.web - Υπηρεσίες Διαδικτύου			
		<input type="checkbox"/>	elic.bsc - Χειρισμός Η/Υ & Διαχείριση Αρχείων			
		<input type="checkbox"/>	elic.dbm - Βάσεις Δεδομένων			
		<input type="checkbox"/>	elic.prs - Παρουσιάσεις			

<p><b>Αιτούμαι για την έκδοση Πιστοποιητικού το οποίο να είναι αναγνωρισμένο από:</b>  <b><i>I apply for the issuance of a Certificate which is recognized by:</i></b></p>	
<p><b>Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π (E.O.P.P.E.P.)</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ε.ΣΥ.Δ. (E.SY.D.)</b> <input type="checkbox"/></p>

<p>Τα προσωπικά σας στοιχεία διαχειρίζονται με πλήρη εμπιστευτικότητα. Η PQR μπορεί να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία σας για διοικητικούς λόγους ή/ και στατιστικούς λόγους ή/και δια τη διεξαγωγή ερευνών αγοράς και μέτρησης ικανοποίησης πελατών.</p>	
<p><b>Εάν επιθυμείτε τη δημοσιοποίηση των προσωπικών σας στοιχείων όσον αφορά στη λήψη του εκάστοτε Πιστοποιητικού υλικού παρακαλούμε σημειώστε X στο διπλανό πεδίο</b></p>	<input type="checkbox"/>
<p>Επίσης η PQR ή οι συνεργάτες της ενδέχεται να σας αποστέλλουν διαφημιστικό ή άλλο υλικό που μπορεί να σας αφορά. Εάν δεν επιθυμείτε την παροχή σχετικού υλικού παρακαλούμε σημειώστε X στο διπλανό πεδίο</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Τα στοιχεία που σημαίνονται με * αφορούν ανήλικους ή/και άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ).          Ειδικά για τα ΑΜΕΑ, απαιτείται Ιατρική Γνωμάτευση η οποία πρέπει να αποστέλλεται με fax, e-mail ή ταχυδρομικά από τον ιατρό στο εξεταστικό κέντρο που υποβάλλεται η αίτηση.</p>	

<p>Δηλώνω ότι έχω λάβει γνώση των κανονισμών πιστοποίησης, επιτήρησης, επαναπιστοποίησης, του συνεπαγόμενου κόστους, των δικαιωμάτων μου, του κώδικα συμπεριφοράς κατά τη διενέργεια των εξετάσεων καθώς και των όρων καλής χρήσης του παρεχόμενου πιστοποιητικού. Δηλώνω ότι πληρώ τις απαραίτητες αιτήσεις για πιστοποίηση των δεξιοτήτων μου και ότι θα παρέχω κάθε χρήσιμη πληροφορία που θα ζητηθεί από την PQR και που θα βοηθήσει στην αντικειμενική αξιολόγησή μου. Συμφωνώ ό,τι θα συμμορφώνομαι με τις παροχές του φορέα πιστοποίησης. Αξιώνομαι σχετικά μόνο με την πιστοποίηση του θεματικού πεδίου της χορηγηθείσας πιστοποίησης. Δε θα χρησιμοποιώ την πιστοποίηση με τέτοιο τρόπο ώστε να θίγω την αμεροληψία του φορέα και δεν προτίθεμαι να κάνω οποιαδήποτε σχετική δήλωση η οποία θα θεωρείται από τον φορέα ως παραπλανητική ή μη εξουσιοδοτημένη. Προτίθεμαι να διακόψω τη χρήση όλων των αξιώσεων της πιστοποίησης που περιέχουν οποιαδήποτε αναφορά στο σχήμα πιστοποίησης ή την ίδια την πιστοποίηση σε περιπτώσεις ανάκλησης ή αναστολής του πιστοποιητικού και προτίθεμαι να επιστρέψω τα πιστοποιητικά που σχετίζονται με τον φορέα πιστοποίησης. Δεν προτίθεμαι να κάνω χρήση του πιστοποιητικού με τρόπο παραπλανητικό ή που να θίγει τα συμφέροντα της PQR. Επίσης γνωρίζω ότι ή οποια συμμετοχή μου σε πρόγραμμα επιμόρφωσης ή εκπαίδευσης, δεν αποτελεί υποχρεωτική προϋπόθεση για τη συμμετοχή μου στις εξετάσεις για τη λήψη πιστοποιητικών της PQR.          Επίσης, είμαι ενήμερος/ή ότι το Πιστοποιητικό το οποίο είναι α) αναγνωρισμένο από τον Ε.ΣΥ.Δ. έχει συγκεκριμένη ισχύ και για την ανανέωση του θα πρέπει να συμμετάσχω εκ νέου σε εξετάσεις β) αναγνωρισμένο από τον Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.Ε.Π έχει αόριστη ισχύ.</p>	
<p><b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b></p>	<p><b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*</b></p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p><b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b></p>	<p><b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ (βεβαιώνω ότι ελέγχθηκαν πλήρως τα στοιχεία του πελάτη)*</b></p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p><b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ PQR</b></p>	
<p><b>ΑΠΟΔΟΧΗ</b></p>	<p><b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:</b></p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p><b>ΑΠΟΡΡΙΨΗ</b></p>	<p><b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ *</b></p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>