



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ:
Candidate's Last Name

ΟΝΟΜΑ
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ:
Candidate's Name

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΜΗΤΡΟΣ:
Mother's Name

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΠΑΤΡΟΣ:
Father's Name

ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΙΑ: Τεκμηριώνεται με την κατάθεση αντιγράφου ενός εκ των παρακειμένων στοιχείων

ΕΙΔΟΣ
ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΙΑΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΕΚΔΟΣΗΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:
Legal Representative's Name

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ
ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:
Legal Representative's ID Number

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
Address

ΝΟΜΟΣ:
Area

ΔΗΜΟΣ:
City

ΤΑΧ.
ΚΩΔΙΚΑΣ:
Zip Code

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
Phone

ΚΙΝΗΤΟ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:
Mobile Phone

FAX:

E-mail:

ΗΜ/ΝΙΑ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:
Date of Birth

ΤΟΠΟΣ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:
Place of Birth

ΦΥΛΟ:
Sex

Προσδιορίστε πιθανές δυσκολίες που έχετε όσο αφορά όραση, ακοή, κίνηση, νόηση:*

Προσδιορίστε πιθανή εργασιακή ή άλλης μορφής σχέσης που έχετε με την PQR, με εργαζόμενο ή συνεργάτη του:

Αιτούμαι για την εξέτασή μου στην παρακάτω Θεματική Κατηγορία:
I apply for the assessment area checked below:

.elic professional

.elic professional plus

.elic professional 360

.elic Advanced professional

.elic Advanced professional plus

.elic Advanced professional 360

*Ενότητες (*μόνο για 360)

elic.wrd - Επεξεργασία Κειμένου

elic.xcl - Υπολογιστικά Φύλλα

elic.web - Υπηρεσίες Διαδικτύου

elic.prs - Παρουσιάσεις

elic.bsc - Χειρισμός Η/Υ και Διαχείριση Αρχείων

elic.dbm - Βάσεις Δεδομένων

.elicexpert

Ενότητες

elic.E.bgd - ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

elic.E.ble - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΥΣΤΟΙΧΙΩΝ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

elic.E.sdc - ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ/ΚΥΒΕΡΝΟΑΣΦΑΛΕΙΑ

elic.E.mel - ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

elic.E.bli - ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΥΣΤΟΙΧΙΩΝ/BLOCKCHAIN

elic.E.iot - ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΤΩΝ ΠΡΑΓΜΑΤΩΝ



Αιτούμαι για την έκδοση Πιστοποιητικού το οποίο να είναι αναγνωρισμένο από:
I apply for the issuance of a Certificate which is recognized by:

Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π (E.O.P.P.E.P.)



Ε.ΣΥ.Δ. (E.SY.D.)



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.

Εάν επιθυμείτε τη δημοσιοποίηση των προσωπικών σας στοιχείων όσον αφορά στη λήψη του εκάστοτε Πιστοποιητικού υλικού παρακαλούμε σημειώστε Χ στο διπλανό πεδίο



Επίσης η PQR ή οι συνεργάτες της ενδέχεται να σας αποστέλλουν διαφημιστικό ή άλλο υλικό που μπορεί να σας αφορά. Εάν δεν επιθυμείται την παροχή σχετικού υλικού παρακαλούμε σημειώστε Χ στο διπλανό πεδίο



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.

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 απαιτήσεις 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 ότι 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 όποια 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/η 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.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ: (βεβαιώνω ότι ελέγχθηκαν πλήρως τα στοιχεία του πελάτη)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ PQR

ΑΠΟΔΟΧΗ:		ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:	
ΑΠΟΡΡΙΨΗ:		ΥΠΟΓΡΑΦΗ:	