



ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: <i>Candidate's Last name</i>				
ΟΝΟΜΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: <i>Candidate's First Name</i>				
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΡΟΣ: <i>Father's Name</i>		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΡΟΣ: <i>Mother's Name</i>		
Αστυνομική ταυτότητα <i>ID Number</i> ☐	Διαβατήριο <i>Passport</i> ☐	Άδεια Οδήγησης <i>Driving License</i> ☐	Ατομικό Βιβλ. Υγείας <i>Personal Health Card</i> ☐	Άλλο (καθορίστε) <i>Other (specify)</i> ☐
ΑΡΙΘΜΟΣ: <i>Number</i>		ΗΜΕΡ. ΕΚΔΟΣΗΣ: <i>Date</i>		
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*: <i>Legal representative's name</i>				
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ*: <i>Legal representative's ID Number</i>				
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <i>Address</i>	ΠΕΡΙΟΧΗ: <i>Area</i>		ΠΟΛΗ: <i>City</i>	
TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ: <i>Zip Code</i>	ΤΗΛΕΦΩΝΟ: <i>Phone</i>		ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: <i>Cellular Phone</i>	
FAX: <i>Fax</i>		EMAIL: <i>Email</i>		
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: <i>Date of Birth</i>		ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: <i>Place of Birth</i>		ΑΡΡΕΝ ☐ <i>Male</i>
				ΘΗΛΥ ☐ <i>Female</i>
Προσδιορίστε πιθανές δυσκολίες που έχετε όσο αφορά όραση, ακοή, κίνηση, νόηση:*				
Προσδιορίστε πιθανή εργασιακή ή άλλης μορφής σχέσης που έχετε με την Global Cert, με εργαζόμενο ή συνεργάτη του:				
Αιτούμαι για την εξέτασή μου στην παρακάτω Θεματική Κατηγορία: <i>I apply for the assessment area checked below:</i>				
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ				
☐ Intermediate A	☐ Intermediate B	☐ Intermediate C		
☐ Intermediate Express A	☐ Intermediate Express B	☐ Intermediate Express C		
☐ Master in Office	☐ Office Expert			
☐ Advanced	☐ Kids			
PROFFESIONAL EXPERTS				
☐				
Τα προσωπικά σας στοιχεία διαχειρίζονται με πλήρη εμπιστευτικότητα. Η Global Cert 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 X στο διπλανό πεδίο ☐ Επίσης η Global Cert 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 X στο διπλανό πεδίο ☐ Τα στοιχεία που σημαίνονται με * αφορούν ανήλικους ή/και άτομα με ειδικές ανάγκες (AMEA) Ειδικά για τα AMEA, απαιτείται Ιατρική Γνωμάτευση η οποία πρέπει να αποστέλλεται με fax, e-mail ή ταχυδρομικά από τον ιατρό στο εξεταστικό κέντρο που υποβάλλεται η αίτηση. Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω υπεύθυνα 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 Global Cert 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 δημιουργήσω παραποίηση και λανθασμένα συμπεράσματα στους τρίτους. 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 Global Cert. Επίσης γνωρίζω ότι η όποια συμμετοχή μου σε πρόγραμμα επιμόρφωσης ή εκπαίδευσης, δεν αποτελεί υποχρεωτική προϋπόθεση για τη συμμετοχή μου στις εξετάσεις για τη λήψη πιστοποιητικών της Global Cert. Δηλώνω ότι δεν έχω εμφανή ή αφανή οικονομική σχέση με τον φορέα Global Cert και ότι δεν με συνδέει συγγενική σχέση εξ αίματος και εξ αγχιστείας μέχρι και του τρίτου βαθμού με μέλη της διοίκησης, του φορέα, μετόχους, εταίρους ή εργαζομένους σε αυτόν. Δηλώνω επίσης ότι ενημερώθηκα από τον φορέα Global Cert για την τήρηση αρχείων και μητρώων από αυτόν και χορηγώ σε αυτόν την άδεια διάθεσης των στοιχείων μου στον Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. προκειμένου να καταχωρηθούν στο μητρώο πιστοποιηθέντων προσώπων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ή ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ *****ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ****ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ (βεβαιώνω ότι ελέγχθηκαν πλήρως τα στοιχεία του πελάτη) *****ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ GLOBAL CERT****ΑΠΟΔΟΧΗ****ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:****ΑΠΟΡΡΙΨΗ****ΥΠΟΓΡΑΦΗ**