



Αριθμός Μητρώου*

Αριθμός Εξεταζόμενου*

(*συμπληρώνονται από το φορέα)

● **Προσωπικά Στοιχεία Εξεταζόμενου**

Όνοματεπώνυμο	
ΑΦΜ	

● **Στοιχεία αιτούμενης εξέτασης**

Ειδικότητα Πιστοποίησης:	
Εξεταστικό Κέντρο:	
Αιτούμενη Ημερομηνία Εξέτασης:	Ώρα Εξέτασης:
Αιτούμενη Ημερομηνία Επανεξέτασης¹:	Ώρα Εξέτασης:

Ο αιτών/ Η αιτούσα

Ημερομηνία,

Υπογραφή

Ο Υπεύθυνος Πιστοποίησης

Ημερομηνία,

Υπογραφή

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.

¹ Σε περίπτωση που προβλέπεται διαδικασία επανεξέτασης