**Προς:**



**iCert Α.Ε. – ΦΟΡΕΑΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΩΝ**

**Βερανζέρου 1, Αθήνα**

**Τηλέφωνο: 210380566 / email: info@icert.gr**

***ΕΝΟΤΗΤΑ Α (Συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο)***

**Α.1. Προσωπικά στοιχεία**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο | ${lastname} ${firstname} |
| Ημ/νία γέννησης | ${dob} |
| Τηλέφωνα | Σταθερό | ${phone} | Κινητό | ${cell} |
| E-mail | ${email} |
| Δ/νση κατοικίας | ${address} |
| Α.Φ.Μ. | ${afm} | Δ.Ο.Υ. |  |
| Αποδεικτικό ταυτοπροσωπίας | Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας (ΔΑΤ) | ${id\_number} |
| Διαβατήριο (αριθμός) |  |
| Δίπλωμα οδήγησης (αριθμός) |  |

**Α.2 Στοιχεία έκδοσης τιμολογίου (εφόσον είναι διαφορετικά από τα ανωτέρω στο Α.1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονομασία |  |
| Επάγγελμα |  |
| Δ/νση  |  |
| Τηλέφωνο |  | E-mail |  |
| Α.Φ.Μ. |  | Δ.Ο.Υ. |  |

**Α.3 Ειδικότητα πιστοποίησης (για το οποίο υποβάλλεται η αίτηση)**

|  |
| --- |
| ${category} |

**Α.4 Ειδικές απαιτήσεις**

Είμαι άτομο με ειδικές ανάγκες (ΑμΕΑ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Α.5 Επισυναπτόμενα**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Αντίγραφο ιατρικής βεβαίωσης (μόνο για ΑμΕΑ) | ⬜ |

**Α.6 Δέσμευση ενδιαφερομένου**

Μέσω της παρούσας αιτούμαι την πιστοποίησή μου σύμφωνα με τα ανωτέρω δηλούμενα στο τμήμα Α.3 της παρούσας και επιβεβαιώνω ότι κατανοώ και συμφωνώ με τους ακόλουθους όρους:

1. Διάβασα και αποδέχομαι τους όρους και τις απαιτήσεις του Γενικού Κανονισμού Πιστοποίησης Προσώπων και των σχετικών Ειδικών Κανονισμών Πιστοποίησης Προσώπων για τις θεματικές ενότητες (σχήματα πιστοποίησης) που αιτούμαι την πιστοποίηση.
2. Θα παρακολουθώ και θα τηρώ τους σχετικούς Κώδικες Δεοντολογίας, τους όρους χρήσης του Σήματος Πιστοποίησης και του Πιστοποιητικού (Κώδικας Χρήσης Πιστοποιητικού), καθώς και τις υποχρεώσεις πιστοποιημένων Προσώπων του Φ.Π.Π. Δεν θα χρησιμοποιώ την πιστοποίηση με τέτοιο τρόπο ώστε να θίγω την αμεροληψία του Φορέα iCert.
3. Δεν θα προβώ σε οποιεσδήποτε ενέργειες έχουν ως στόχο τη διαρροή των θεμάτων εξέτασης ή τη διαστρέβλωση του αποτελέσματος της εξέτασης πιστοποίησης
4. Τα στοιχεία που έχω δηλώσει στην παρούσα αίτηση είναι αληθή, ενώ για οποιοδήποτε πρόσθετα απαιτηθούν, θα τα παρέχω στο Φ.Π.Π. εγκαίρως. Αν ωστόσο δηλώσω λάθος ή αποκρύψω πληροφορίες ή παραβιάσω τους όρους-απαιτήσεις, δύναται να εξαιρεθώ της σχετικής πιστοποίησης, ή να διαγραφώ από τους καταλόγους πιστοποιημένων επαγγελματιών του Φ.Π.Π.
5. Εφόσον πιστοποιηθώ, τα στοιχεία μου θα ενταχθούν στον αντίστοιχο Κατάλογο Πιστοποιημένων Προσώπων του Φ.Π.Π. και μπορεί η πιστοποίησή μου να γνωστοποιείται στην Αρμόδια Αρχή, ή σε τρίτους, εφόσον απαιτείται.
6. Υποχρεούμαι να καταβάλω έγκαιρα στο Φ.Π.Π. τα τέλη, όπως προβλέπονται στον Γενικό Κανονισμό Πιστοποίησης Προσώπων.
7. Θα δηλώσω άμεσα στο Φ.Π.Π. κάθε πληροφορία που δύναται να θεωρηθεί ότι λογικά επηρεάζει την ικανότητά μου να αποδώσω αποτελεσματικά τις υποχρεώσεις μου ως πιστοποιημένος επαγγελματίας.
8. Γνωρίζω τις απαιτήσεις εγγραφής μου στον Κατάλογο πιστοποιημένων προσώπων του Φ.Π.Π. για την πιστοποίηση που αιτούμαι.
9. Συναινώ στην με καθ’ οιονδήποτε τρόπο χρήση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων και δικαιολογητικών όπως ενδεικτικά συλλογή, αποθήκευση και διαβίβαση σε κάθε αρμόδια αρχή, με σκοπό την συμμετοχή μου στις δραστηριότητες πιστοποίησης προσώπων που παρέχει ο ΦΠΠ. Τα δεδομένα μου θα διατηρούνται επικαιροποιημένα και ασφαλή τουλάχιστον για έναν κύκλο πιστοποίησης. Σε περίπτωση εξ αποστάσεως εξέτασης συμφωνώ στην καταγραφή της εξέτασης και συγκεκριμένα εικόνας και ήχου. Αποδέχομαι επίσης ο ΦΠΠ να χρησιμοποιεί τα στοιχεία επικοινωνίας μου για να με ενημερώνει τηλεφωνικώς ή με email για ό,τι αφορά την διαδικασία πιστοποίησης.

**Ο/Η Δηλών/Δηλούσα**



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Ημερομηνία* | *Υπογραφή* |

***ΕΝΟΤΗΤΑ Β (Συμπληρώνεται από το Φ.Π.Π.)***

**Β.1 Αξιολόγηση αίτησης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επάρκεια δηλούμενων πληροφοριών και στοιχείων | Ναι | ⬜ | Όχι | ⬜ |
| Ύπαρξη απαιτούμενων επισυναπτόμενων εγγράφων/ εντύπων | Ναι | ⬜ | Όχι | ⬜ |

**Β.2 Έγκριση αίτησης**



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Εγκρίνεται | ⬜ |  | Απορρίπτεται | ⬜ |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |  |
| *Ημερομηνία* | *Υπογραφή* |