|  |  |
| --- | --- |
| **iCert Α.Ε. – Φορέας Πιστοποίησης Προσώπων**  **Βερανζέρου 1, Αθήνα**  **Τηλέφωνο: 2103808566 / email: info@icert.gr** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Α.1 Προσωπικά στοιχεία** | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο |  | | | | |
| Πατρώνυμο |  | | Μητρώνυμο |  | |
| Ημ/νία γέννησης |  | | | | |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας |  | | E-mail |  | |
|  | |
| Ταχυδρομική Δ/νση  (Οδός - Αριθμός, Τ.Κ., Δήμος) |  | | | | |
| Α.Φ.Μ. |  | | Δ.Ο.Υ. |  | |
| **Αποδεικτικό ταυτοπροσωπίας** | | | | | |
| Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας (αριθμός) | | Διαβατήριο (αριθμός) | | | Δίπλωμα οδήγησης (αριθμός) |
|  | |  | | |  |
| Άλλο | |  | | | |
| \*Σε περίπτωση αλλοδαπού υποψηφίου άδεια παραμονής ή εργασίας | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α.2 Στοιχεία έκδοσης τιμολογίου (εφόσον είναι διαφορετικά από τα ανωτέρω στο Α.1)** | | | |
| Επωνυμία |  | Επάγγελμα |  |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας |  | E-mail |  |
| Α.Φ.Μ. |  | Δ.Ο.Υ. |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Α.4 Στοιχεία αίτησης επαναπιστοποίησης**  ***\*Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που το παρόν αφορά σε αίτηση επαναπιστοποίησης*** | |
| **Αριθμός αντίστοιχου Πιστοποιητικού σε ισχύ** | **Ημ/νία λήξης πιστοποιητικού σε ισχύ** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Α.5 Γλώσσα Εξέτασης**  ***\*εφόσον δίνεται η δυνατότητα εξέτασης στην αγγλική γλώσσα από τον Φορέα*** | | | |
| Ελληνικά |  | Αγγλικά |  |

|  |
| --- |
| **Α.6 Ειδικές απαιτήσεις** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  |   Είμαι άτομο με αναπηρία (ΑμΕΑ) |  |   \**Σε περίπτωση που σημειώσετε Χ στο παραπάνω πεδίο, παρακαλώ επιλέξτε σε ποιο από τα παρακάτω θέματα αντιμετωπίζετε δυσκολίες:*   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Όραση | |  | | --- | |  | | Ακοή | |  | | --- | |  | | | Κίνηση | |  | | --- | |  | | Νόηση | |  | | --- | |  | | |  |
| *\*Σε περίπτωση που σημειώσετε Χ στο 1ο πεδίο της Ενότητας αυτής, μαζί με την αίτηση απαιτείται να προσκομιστεί και σχετική Ιατρική βεβαίωση/γνωμάτευση.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου | |  | |
| **Αποδεικτικό ταυτοπροσωπίας Νόμιμου Εκπροσώπου** | | | |
| Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας (αριθμός) | Διαβατήριο (αριθμός) | | Δίπλωμα οδήγησης (αριθμός) |
|  |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Α.7 Δέσμευση ενδιαφερομένου** | |
| Μέσω της παρούσας αιτούμαι την πιστοποίησή μου σύμφωνα με τα ανωτέρω δηλούμενα στο τμήμα Α.3 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 τα γνωστικά αντικείμενα 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 Μητρώο Πιστοποιημένων Προσώπων του Φ.Π.Π. και μπορεί η πιστοποίησή μου να γνωστοποιείται στην Αρμόδια Αρχή, ή σε τρίτους, εφόσον απαιτείται. | 6. Κατανοώ ότι η διευθέτηση των σχετικών οικονομικών υποχρεώσεων πρέπει να γίνεται από τον εκάστοτε υπόχρεο και σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διαδικασίες.  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. 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 τη διαδικασία πιστοποίησης.  9. Δεν έχω συγγενική σχέση εξ αίματος ή αγχιστείας μέχρι και τρίτου βαθμού αλλά ούτε και εμφανή ή αφανή οικονομική σχέση με οποιοδήποτε άτομο συσχετίζεται με το Φορέα Πιστοποίησης iCert.  10. Με την έκδοση Πιστοποιητικού Γνώσης Πληροφορικής ή Χειρισμού Η/Υ, τα αναγραφόμενα σε αυτό στοιχεία θα διατεθούν στον αρμόδιο Δημόσιο Εποπτικό Φορέα (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.) προκειμένου να καταχωρηθούν στο Μητρώο Πιστοποιηθέντων Προσώπων, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, ενώ θα είναι διαθέσιμα και στον ιστότοπο του Φορέα Πιστοποίησης iCert. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Α.8 Αληθές Αίτησης και αποδοχή δέσμευσης**  ***(\*Συμπληρώνεται από τον ενδιαφερόμενο/υποψήφιο)*** | |
|  |  |
| *Ημερομηνία* | *Υπογραφή του αιτούντος ή του Νόμιμου Εκπροσώπου του* |

|  |
| --- |
| **Β.1 Έγκριση Αίτησης**  ***(\*Συμπληρώνεται από το Φορέα λαμβάνοντας υπόψη την επάρκεια των δηλούμενων πληροφοριών και σχετικών/απαιτούμενων τεκμηρίων)*** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Ναι |  | ⬜ | | Όχι | ⬜ | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | | *Ημερομηνία* | | | *Ονοματεπώνυμο - Υπογραφή* | | | | |