

## Αίτηση Πιστοποίησης

### Στοιχεία Αιτούντος (με αστερίσκο \* τα υποχρεωτικά πεδία)

Όνομα\*:  First Name\*: Επώνυμο\*:  Last Name\*: Όνομα Πατρός\*:  Father's Name\*: Όνομα Μητρός\*:  Mother's Name\*: Έντυπο Ταυτοπροσωπίας\*:  Ταυτότητα  Διαβατήριο ..... Αριθμός: Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ Υπηκοότητα\*:  Ημ/νία Γέννησης\*: Πλήρης Διεύθυνση (Οδός-Αριθμός, Περιοχή, Τ.Κ., Πόλη)\*: Αριθμός Σταθερού Τηλέφωνα:  Αριθμός Κινητού Τηλέφωνα\*: Αριθμός Τηλεομοιοτυπίας (fax):  Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (e-mail)\*: Είμαι άτομο με αναπηρία<sup>(1)</sup> (Α.μεΑ.) και έχω δυσκολίες σε:  κίνηση  όραση  ακοή  νόησηΟνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπροσώπου<sup>(1)</sup>:  Στοιχεία Ταυτοπροσωπίας Νόμιμου Εκπροσώπου\*: **Τρόπος Ηλεκτρονικής Εξέτασης Πιστοποίησης\*<sup>(2)</sup>**:  Δια ζώσης  Εξ αποστάσεως Δηλώνω ότι διαθέτω την ικανότητα χρήσης υπολογιστή, εφαρμογών κάμερας, μικροφώνου και ηχείου

### Κατηγορία Πιστοποίησης\*<sup>(2)</sup>

 Γνώσης Πληροφορικής ή Χειρισμού Η/Υ (PASS-PORT)  Επαγγελματικών Γνώσεων (PASS-PARTOUT)

### Γνωστικά Αντικείμενα Πιστοποίησης\*<sup>(2)</sup>

#### Προαπαιτούμενα Πιστοποίησης\*<sup>(2)</sup>

 Φωτοαντίγραφο εντύπου ταυτοπροσωπίας Φωτοαντίγραφο εντύπου ταυτοπροσωπίας Νόμιμου Εκπροσώπου<sup>(1)</sup> Για άτομο με αναπηρία<sup>(1)</sup> (Α.μεΑ.), κατάλληλη γνωμάτευση από τον Ιατρό που την εξέδωσε Φωτοαντ. αποδεικτικού αποφοίτησης από σχολή/ίδρυμα εκπαίδευσης, σχετικής με το αντικείμενο Υποχρεωτικής  Δευτεροβάθμιας  Μεταδευτεροβάθμιας  Τριτοβάθμιας Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο βεβαίωσης επιτυχούς παρακολούθησης προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης σχετικής με το αντικείμενο Φωτοαντίγραφα αποδεικτικών επαγγελματικής απασχόλησης, σχετικής με το αντικείμενο: Έντυπα επαγγελματικής ασφάλισης  Φορολογικά στοιχεία Αποδεικτικό εξάμηνης επαγγελματικής εμπειρίας σε διαχείριση & επεξεργασία προσωπικών δεδομένων Για άτομο με αναπηρία<sup>(3)</sup> (Α.μεΑ.), υπογεγραμμένη υπεύθυνη δήλωση

(1) Αφορούν ανήλικους ή/και άτομα με οποιαδήποτε δυσκολία κίνησης, όρασης, ακοής ή και νόησης (π.χ., ΑμεΑ). Ειδικά για τα ΑμεΑ, επιβάλλεται η αποστολή κατάλληλης γνωμάτευσης από τον Ιατρό που την εξέδωσε.

(2) Σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό και τον αντίστοιχο της πιστοποίησης Ειδικό Κανονισμό.

(3) Αφορά άτομα με οποιαδήποτε δυσκολία κίνησης, όρασης, ακοής ή και νόησης (π.χ., ΑμεΑ), στην οποία δηλώνουν υπεύθυνα ότι οι δυσκολίες τους δεν είναι συμβατές με τις γνώσεις, δεξιότητες ή/και ικανότητες που αξιολογούνται στην πρακτική εξέταση.

Ημερομηνία: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Αξιολόγηση:  Θετική  Αρνητική

Ο/Η Ελεγκτής (ονοματεπώνυμο/ υπογραφή)

## Πληροφορίες σχετικές με τα προσωπικά δεδομένα

Ο Φορέας Πιστοποίησης PASS, εναρμονιζόμενος με το Γενικό Κανονισμό (Ε.Ε.) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την τρέχουσα εθνική νομοθεσία (Ν. 4624/2019), διαχειρίζεται τα προσωπικά σας δεδομένα με πλήρη εμπιστευτικότητα και χωρίς να επηρεάζεται η αξιολόγησή σας.

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.Ε.Π.) προκειμένου να καταχωρηθούν στο Μητρώο Πιστοποιηθέντων Προσώπων, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία Κ.Υ.Α. 121929/Η/31-07-2014 (Φ.Ε.Κ. 2123/Β' /2014), ενώ θα είναι διαθέσιμα και στον ιστότοπο του Φορέα Πιστοποίησης PASS ([www.pass.edu.gr](http://www.pass.edu.gr)).

## Υπεύθυνη Δήλωση

### Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- ως ο φορέας των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων και σχετικών δικαιολογητικών, συναινώ στην καθ' οιονδήποτε τρόπο χρήση και επεξεργασία τους, όπως, ενδεικτικά, αποθήκευση σε ηλεκτρονικό ή/και φυσικό αρχείο ή/και διαβίβασή τους σε κάθε αρμόδια αρχή, προς τον σκοπό της συμμετοχής μου στις δραστηριότητες πιστοποίησης φυσικών προσώπων που παρέχει ο Φορέας Πιστοποίησης PASS,
- δεν έχω εμφανή ή αφανή οικονομική σχέση με οποιοδήποτε άτομο συσχετίζεται με το Φορέα Πιστοποίησης PASS,
- δεν έχω συγγενική σχέση εξ αίματος ή εξ αγχιστείας έως 3<sup>ου</sup> βαθμού με οποιοδήποτε άτομο συσχετίζεται με το Φορέα Πιστοποίησης PASS,
- έχω ενημερωθεί για τα προαπαιτούμενα της πιστοποίησης και θα έχω προσκομίσει τα αντίστοιχα δικαιολογητικά πριν την εξέταση,
- έχω λάβει γνώση των κανονισμών πιστοποίησης, του συνεπαγόμενου κόστους, των δικαιωμάτων μου, του κώδικα συμπεριφοράς κατά τη διενέργεια των εξετάσεων πιστοποίησης καθώς και των όρων καλής χρήσης του παρεχόμενου πιστοποιητικού και δεσμεύομαι ότι θα ενημερώσω άμεσα το Φορέα Πιστοποίησης PASS για θέματα που μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά μου να συνεχίσω να ικανοποιώ τις απαιτήσεις της πιστοποίησης,
- δεν θα προβώ σε οποιοδήποτε ενέργειες έχουν ως στόχο τη διαρροή των θεμάτων εξέτασης ή τη διαστρέβλωση του αποτελέσματος της εξέτασης πιστοποίησης,
- πληρώ τις απαραίτητες απαιτήσεις για πιστοποίηση των γνώσεων, δεξιοτήτων ή και ικανοτήτων μου και ότι θα παρέχω κάθε χρήσιμη πληροφορία που θα ζητηθεί από το Φορέα Πιστοποίησης PASS και που θα βοηθήσει στην αντικειμενική αξιολόγησή μου,
- θα συμμορφώνομαι με τις παροχές του Φορέα Πιστοποίησης PASS,
- αξιώνομαι σχετικά μόνο με την κατηγορία της χορηγηθείσας πιστοποίησης,
- δεν θα χρησιμοποιώ την πιστοποίηση με τέτοιο τρόπο ώστε να θίγω την αμεροληψία του Φορέα Πιστοποίησης PASS και δεν προτίθεμαι να κάνω οποιαδήποτε σχετική δήλωση η οποία θα θεωρείται από το Φορέα Πιστοποίησης PASS ως παραπλανητική ή μη εξουσιοδοτημένη,
- θα διακόψω τη χρήση όλων των αξιώσεων της πιστοποίησης που περιέχουν οποιαδήποτε αναφορά στο σχήμα πιστοποίησης ή την ίδια την πιστοποίηση σε περίπτωση ανάκλησης ή αναστολής του πιστοποιητικού και οφείλω να επιστρέψω τα πιστοποιητικά και οποιαδήποτε φωτοαντίγραφά τους, που σχετίζονται με τον Φορέα Πιστοποίησης PASS, άμεσα σε αυτόν,
- δεν προτίθεμαι να κάνω χρήση του πιστοποιητικού με τρόπο παραπλανητικό ή που να θίγει τα συμφέροντα του Φορέα Πιστοποίησης PASS,
- έχω λάβει γνώση ότι η όποια συμμετοχή μου σε πρόγραμμα επιμόρφωσης ή εκπαίδευσης, δεν αποτελεί υποχρεωτική προϋπόθεση για τη συμμετοχή μου στις εξετάσεις για τη λήψη πιστοποιητικών του Φορέα Πιστοποίησης PASS,
- αποδέχομαι την καταγραφή της απόδοσής μου, εφόσον απαιτείται από τη φύση της πιστοποίησης που επέλεξα, με τη βοήθεια κατάλληλου ηλεκτρονικού (H/Y) ή/και οπτικοακουστικού εξοπλισμού (βιντεοκάμερα).

Ημερομηνία: \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Ο/Η Αιτών/ούσα ή Εκπρόσωπος  
(υπογραφή)