

ΑΙΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΡΟΣ ΦΟΡΕΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΩΝ SCI

(ΠΡΟΣΟΧΗ: Πριν συμπληρωθεί η παρούσα αίτηση βεβαιωθείτε ότι έχετε κατανοήσει τα αναφερόμενα στο Γενικό Κανονισμό και τον αντίστοιχο της ειδικότητας ενδιαφέροντος σας Ειδικό Κανονισμό Πιστοποίησης Προσώπων. Για οποιαδήποτε απορία αποταθείτε στη γραμματεία του ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΗΣ ΑΛΥΣΙΔΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ Ε.Π.Ε. είτε επισκεφθείτε την ιστοσελίδα του Φορέα Πιστοποίησης Προσώπων www.scisce.eu)

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΤΑΥΤΟΠΡΟΣΩΠΙΑΣ: ΑΣΤΥΝ. ΤΑΥΤΟΤ. Αριθμός:

ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ Αριθμός:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΟΛΗ: Τ.Κ.:

ΤΗΛ.: EMAIL:

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΤΑΙΡΙΑΣ:

ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ:

3. ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

(Παρακαλούμε να γραφεί όπως ακριβώς αναφέρεται στον αντίστοιχο Ειδικό Κανονισμό)

4. ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΤΥΠΙΚΩΝ ΠΡΟΣΟΝΤΩΝ

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(Παρακαλούμε επιλέξατε τον ανώτερο τίτλο από τους παραπάνω)

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (σε έτη):

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ: ΑΓΓΛΙΚΗ ΑΛΛΗ

ΦΥΣΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ: ΚΑΛΗ ΟΡΑΣΗ ΚΑΛΗ ΑΚΟΗ ΠΛΗΡΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:

(Σύμφωνα με απαιτήσεις αντίστοιχου Ειδικού Κανονισμού απαιτείται Ιατρική βεβαίωση)

ΕΠΙΘΥΜΩ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ:

TELE PROCTORING:

ΔΗΛΩΣΗ

1. Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι για την εξέταση της παρούσας αίτησης εφαρμόζεται ο Γενικός Κανονισμός Πιστοποίησης Προσώπων, που βρίσκεται αναρτημένος στην ιστοσελίδα του ΙΝΙΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΗΣ ΑΛΥΣΔΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ Ε.Π.Ε., www.scisce.eu και ο κατά περίπτωση ισχύων Ειδικός Κανονισμός Πιστοποίησης Προσώπων, ο οποίος διατίθεται στα γραφεία του Ινστιτούτου SCI.
2. Δηλώνω υπεύθυνα ότι πληρώ όλες τις προϋποθέσεις συμμετοχής μου στις εξετάσεις όπως αυτές περιγράφονται στους Γενικό Κανονισμό και αντίστοιχο Ειδικό Κανονισμό του ΙΝΙΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΗΣ ΑΛΥΣΔΙΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ Ε.Π.Ε.,
3. Εφόσον πιστοποιηθώ, τα στοιχεία μου θα ενταχθούν στο Μητρώο Πιστοποιημένων Επαγγελματιών του SCI και μπορεί η πιστοποίηση μου να γνωστοποιείται σε τρίτους υπό προϋποθέσεις.
4. Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι σε περίπτωση εξακρίβωσης αναληθών στοιχείων κάθε πιστοποίηση μετά από εξετάσεις θεωρείται άκυρη.
5. Δέχομαι να εξοφλήσω έγκαιρα τα τέλη πιστοποίησης προσώπων που μου αναλογούν ανεξαρτήτως του αποτελέσματος της εξέτασης.

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Επισυναπτόμενα δικαιολογητικά:

Αποδεικτικό Εκπαίδευσης (Υ): _____

Αποδεικτικό Ταυτοπροσωπίας (αντίγραφο ΑΔΤ ή διαβατηρίου) (Υ): _____

Δήλωση Συμμόρφωσης: (Υ*) _____

Βεβαίωση Εργασίας (Υ): _____

Πιστοποιητικό ξένης γλώσσας (Π): _____

Επαγγελματική άδεια (Π): _____

Βιογραφικό Σημείωμα (Π): _____

Όπου (Υ): υποχρεωτικό

(Π): προαιρετικό

(Υ*): υποχρεωτικό εφ' όσον πρόκειται για εξετάσεις Tele-Proctoring

Η επόμενη σελίδα συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο Απόφασης Πιστοποίησης Προσώπων SCI

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΠΟ
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΦΟΔΙΑΣΤΙΚΗΣ ΑΛΥΣΙΔΑΣ ΠΩΛΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΕΛΑΤΩΝ**

Η ανωτέρω αίτηση με τα επισυναπτόμενα έγγραφα/δικαιολογητικά εξετάστηκε από τον Υπεύθυνο Απόφασης Πιστοποίησης Προσώπων του SCI πριν την πραγματοποίηση των εξετάσεων και κρίθηκε ότι καλύπτονται οι απαιτήσεις που ορίζονται στον Ειδικό Κανονισμό Πιστοποίησης Προσώπων «.....».
Ως εκ τούτου εγκρίνεται η συμμετοχή του υποψηφίου στις επικείμενες εξετάσεις.

Ημερομηνία : / /20..

Αποδοχή Αίτησης: ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ο Υπεύθυνος Απόφασης Πιστοποίησης Προσώπων

Υπογραφή
Ανδρέας Βαρελλάς