

Κωδικός Εξεταστικού
Κέντρου:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΞΕΝΩΝ ΓΛΩΣΣΩΝ: _____ 1

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: _____ 2

ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ: _____ 2 ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ: _____

ΠΑΡΟΝ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: _____

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΟΝ / ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΙΤΗΣΤΕ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΩΡΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ:

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / ΩΡΑ ΘΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΣΕ ΤΟΝ ΥΠΟΨΗΦΙΟ ΝΑ
ΕΞΕΤΑΣΤΕΙ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΥΠ'ΟΨΗΝ ΣΑΣ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ:

ΑΤΤΙΚΗ:

ΣΑΒΒΑΤΟ 7 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ
(ισχύει ΜΟΝΟ για εξ. κέντρα προφορικών 610 Περιστερί, 660 Αμπελόκηποι)

ΚΥΡΙΑΚΗ 8 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ
(ισχύει ΜΟΝΟ για εξ. κέντρο προφορικών 660 Αμπελόκηποι)

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ
(ισχύει ΜΟΝΟ για εξ. κέντρα προφορικών 610 Περιστερί & 20 Πειραιάς)

ΚΥΡΙΑΚΗ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ
(ισχύει ΜΟΝΟ για εξ. κέντρα προφορικών 610 Περιστερί, 20 Πειραιάς & 660 Αμπελόκηποι)

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

ΣΑΒΒΑΤΟ 14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ

ΚΥΡΙΑΚΗ 15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2019 ΠΡΩΪ ΜΕΣΗΜΕΡΙ ΑΠΟΓΕΥΜΑ

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- παρούσα αίτηση
- σε περίπτωση που συμπίπτει η ημερομηνία / ώρα εξέτασης με αυτές άλλου φορέα, φωτοτυπία του δελτίου εξέτασης του υποψήφιου από τον άλλο φορέα
- σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας, χαρτί από γιατρό που να βεβαιώνει το ατύχημα ή την ασθένεια

Παρακαλείστε να προσκομίζετε τα ανωτέρω δικαιολογητικά **το αργότερο μία εβδομάδα πριν την ημερομηνία** εξέτασης του υποψηφίου. Πέραν της παραπάνω διορίας, οι αιτήσεις **δεν δύνανται να γίνονται δεκτές.**

FAX:2117600080 + 81 + 82 EMAIL: europalso@europalso.gr

Ο ΑΙΤΩΝ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ____ / ____ / ____

1Να μην συμπληρώνεται σε περίπτωση Ανεξάρτητου Υποψήφιου

2 Όπως αναφέρεται στο Δελτίο Συμμετοχής υποψηφίου

Γνωρίζω ότι ο Σύνδεσμος EUROPALSO προβαίνει σε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που συμπληρώω ή επισυνάπτω στην παρούσα με σκοπό να πραγματοποιήσει αλλαγή ημερομηνίας ή και ώρας προφορικών εξετάσεών μου ή του προσώπου που μου έχει παράσχει σχετική εξουσιοδότηση και τα διατηρεί για 6 μήνες. Σε περίπτωση που στην παρούσα ή στα συνημμένα έγγραφα εμπεριέχονται προσωπικά δεδομένα ειδικών κατηγοριών (π.χ. υγείας) δηλώνω ότι συναινώ στην επεξεργασία τους για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού. Γνωρίζω ότι διαθέτω ανά πάσα στιγμή τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, φορητότητας, εναντίωσης στην επεξεργασία ή και άρσης της συγκατάθεσης μου, τα οποία μπορώ να ασκήσω στον Σύνδεσμο EUROPALSO στην ταχυδρομική διεύθυνση Ακαδημίας 98-100, Αθήνα υπόψη DPO ή στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@europalso.gr, καθώς και, εφόσον δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμά μου, προσφυγής στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr).