

Κωδικός ΚΞΓ Europalso _____	Τηλ. _____	Μάιος <input type="checkbox"/>	Νοέμβριος <input type="checkbox"/>	
Επωνυμία ΚΞΓ _____	Κινητό _____			
Διεύθυνση _____	Fax _____			
T.K. _____ Πόλη _____	E-Mail _____			

ΣΥΠΛΗΡΩΣΤΕ ΣΤΑ ΛΑΤΙΝΙΚΑ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ. Τα στοιχεία προκύπτουν σύμφωνα με στοιχεία ταυτότητας / διαβατηρίου.

A / A	ΟΝΟΜΑ	ΕΠΙΘΕΤΟ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ		ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ
							ΓΡΑΠΤΑ	ΠΡΟΦΟΡΙΚΑ	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Ο υπογράφων Ιδιοκτήτης Κέντρου Ξένων Γλωσσών, ενεργών ως εξουσιοδοτούμενος των ανωτέρω αναγραφόμενων μαθητών του Κέντρου, ΔΗΛΩΝΩ υπεύθυνα ότι:

1. Επιθυμώ οι ανωτέρω να συμμετάσχουν στις εξετάσεις του GOETHE INSTITUT την Εξεταστική Περίοδο, έτους
2. Όλα τα στοιχεία που αφορούν τους μαθητές του Κέντρου είναι ακριβή.
3. Κατέβαλα το ποσό των ευρώ για εξέταστρα των ανωτέρω μαθητών.
4. Γνωρίζω και έχω ενημερώσει τους μαθητές του Κέντρου ότι ο Σύνδεσμος EUROPALSO προβαίνει για λογαριασμό του GOETHE INSTITUT σε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που αναγράφονται στην παρούσα ή σε τυχόν συνημμένα έγγραφα στο πλαίσιο της συμβατικής σχέσης για τη συμμετοχή στις εξετάσεις. Τα δεδομένα διατηρούνται για 1 έτος και πρόσβαση σε αυτά δύνανται να έχουν οι καθηγητές ή και το προσωπικό που έχει οριστεί υπεύθυνο για τη διεξαγωγή των εξετάσεων. Τα υποκείμενα των δεδομένων μπορούν ανά πάσα στιγμή να ασκήσουν τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας, περιορισμού, εναντίωσης προς το GOETHE INSTITUT στη διεύθυνση Ομήρου 14-16, Αθήνα, 10672, καθώς και, εφόσον δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμά τους, να προσφύγουν στην ΑΠΔΠΧ (www.dpa.gr).
5. Έχει ενημερωθεί ο υποψήφιος για τους όρους και τους κανόνες των εξετάσεων.

Ημερομηνία _____ Ονοματεπώνυμο _____ Υπογραφή _____