BASIC
(Level A2)

CODE NUMBER					
NAME OF SCHOOL OWNER					

PALSO

- Academias 98-100
- 106 77, Athens
- Tel. No: 210-3830752
- Fax: 210-3820936
- Email: europalso@europalso.gr
- URL: www.europalso.gr

EXAM PERIOD	MAY 20 _ _	DECEMBER 20 _ _

STREET		AREA	
POST CODE		TELEPHONE	

MOBILE	
FAX	
E-MAIL	

NUM	FIRST NAME	FATHER'S NAME	SURNAME	DATE OF BIRTH			SEX	
				DAY	MONTH	YEAR	M	F

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

1. Επιθυμώ οι ανωτέρω να συμμετάσχουν στις εξετάσεις του Συνδέσμου EUROPALSO 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 σε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που αναγράφονται στην π αρούσα 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 δύναται να έχουν οι καθηγητές ή και το προσωπικό που έχει οριστεί υπεύθυνο για τη διεξαγωγή των εξετάσεων, καθώς και οι συνεργαζόμενες με τον Σύνδεσμο EUROPALSO εταιρείες τεχνικής υποστήριξης-μηχανογράφησης, εκτύπωσης των πτυχίων γλωσσομάθειας και ταχυμεταφορών. Τα υποκείμενα των δεδομένων μπορούν ανά πάσα στιγμή να ασκήσουν τα δικαιώματα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, φορητότητας, περιορισμού, εναντίωσης προς τον Σύνδεσμο EUROPALSO στη διεύθυνση Ακαδημίας 98-100, Αθήνα υπόψη DPO ή στην διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου dpo@europalso.gr, καθώς και, εφόσον δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμα τους, να προσφύγουν στην ΑΠΔΠΧ (www.dpa.gr).

Signature ______ Date: / / 20

TÜV AUSTRIA HELLAS
EN ISO 9001:2015