

**ΜΑΙΟΣ 2025**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΕΝΤΡΟΥ Ξ.Γ. ή  
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Κέντρο Ξένων Γλωσσών   
Καθηγητής-τρια

Διεύθυνση:

Τ.Κ. – Περιοχή:

Τηλέφωνα:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Θέμα (Ιατρικό πρόβλημα):

Συνημμένα υποβάλλω:

- Φωτοτυπία Ιατρικής γνωμάτευσης** από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα
- Μεταφρασμένη γνωμάτευση:**
  - ESB:** Μεταφρασμένη\* γνωμάτευση κατόπιν συνεννόησης. Για τη μετάφραση της γνωμάτευσης επικοινωνήστε πρώτα με το Γραφείο Εξετάσεων
  - EuropalSO:** Δεν απαιτείται μετάφραση
- Για τις περιπτώσεις **προβλήματος ακοής**, χρειάζεται να προσκομίσετε **ακουόγραμμα**, στο οποίο να αναγράφεται το ποσοστό βαρηκοΐας και από τα 2 αυτιά.

\*Μετάφραση από Μεταφραστικό Κέντρο,  
Υπουργείο Εξωτερικών, Δικηγόρο κ.α.

Προς:

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Σ.Ι.Κ.Ξ.Γ.**  
Ακαδημίας 98-100, Αθήνα 106 77  
Τηλ. 2103830752, FAX 2117600080-2

Παρακαλώ για τον/την παρακάτω υποψήφιο/α στις εξετάσεις:

**EUROPALSO**

ST1  ST2  BEG  ELEM  BASIC

**ESB** B1  B2  C1  C2

**Στοιχεία υποψηφίου**

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

Έχει λάβει μέρος ξανά σε προηγούμενη εξεταστική περίοδο? (π.χ DEC 2019): \_\_\_\_\_

Επίπεδο (Προηγ. Περιόδου): \_\_\_\_\_

Να ληφθεί η κατάλληλη μέριμνα, διότι πάσχει από:

- Ψυχολογικές & Μαθησιακές δυσκολίες (Δυσλεξία, Δυσγραφία, κλπ.)
- Διαταραχές Όρασης/ Τύφλωση
- Διαταραχές Ακοής/ Κώφωση
- Επιληψία
- Τραύλισμα
- Διαβήτης
- Αυτισμός / Σύνδρομο Asperger
- Προσωρινή ανικανότητα (π.χ. κάταγμα βραχίονα)
- Κινητική Αναπηρία
- Άλλο \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

**Αντιμετώπιση του προβλήματος:**  
(Συμπληρώνεται από το Γρ. Εξετάσεων)

<input type="checkbox"/>	<b>25% ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΧΡΟΝΟ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΦ. ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ΑΛΛΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:</b>

Ημερομηνία Επιβεβαίωσης Αντιμετώπισης:

Σε περίπτωση που η αίτηση υποβάλλεται από ιδιοκτήτη ΚΣΓ, αυτός θα πρέπει να έχει εξουσιοδοτηθεί από τον υποψήφιο να παράσχει συγκατάθεση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων ειδικών κατηγοριών. Γνωρίζω ότι παράσχοντας με την παρούσα τη συναίνεση μου, ο Π.Σ.Ι.Κ.Ξ.Γ. (EUROPALSO) θα προβεί για λογαριασμό του ESB σε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που συμπληρώνω ή επισυνάπτω στην παρούσα με σκοπό την παροχή κατάλληλης μέριμνας προς εμένα ή τον εξουσιοδοτούνται κατά τη διεξαγωγή των εξετάσεων. Με την υποβολή της παρούσας και των συνημμένων συναινών στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου ή του εξουσιοδοτούντος, τα οποία ανήκουν στα δεδομένα ειδικών κατηγοριών. Τα δεδομένα θα διατηρούνται για 2 έτη, εκτός αν απαιτείται παράταση του χρόνου αυτού λόγω ενόμιμων υποχρεώσεων ή νομικών αξιώσεων. Θα έχω δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, άρσης της συγκατάθεσης, το οποίο μπορώ να ασκήσω με την υποβολή αιτήσεως στην ταχυδρομική διεύθυνση του ESB 9 Hattersley Court, Burscough Road Ormskirk L39 2AY, ή του Π.Σ.Ι.Κ.Ξ.Γ Ακαδημίας 98-100, Αθήνα υπόψη DPO ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@europalSO.gr καθώς και, εφόσον δεν ικανοποιηθεί το δικαίωμά μου, να προσφύγω στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ([www.dpa.gr](http://www.dpa.gr)).

Προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών: **Παρασκευή, 21 Μαρτίου**