

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2025

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΕΝΤΡΟΥ Ξ.Γ. ή
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Κέντρο Ξένων Γλωσσών ☐
Καθηγητής-τρια ☐

Διεύθυνση:

Τ.Κ. – Περιοχή:

Τηλέφωνα:

1. _____
2. _____

Θέμα (Ιατρικό πρόβλημα):

Συνημμένα υποβάλλω:

1. Φωτοτυπία Ιατρικής γνωμάτευσης από
δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα
2. Μεταφρασμένη γνωμάτευση:
 - ο **ESB**: Μεταφρασμένη* γνωμάτευση
κατόπιν συνεννόησης. Για τη μετάφραση
της γνωμάτευσης επικοινωνήστε πρώτα
με το Γραφείο Εξετάσεων
 - ο **Europalso**: Δεν απαιτείται μετάφραση
3. Για τις περιπτώσεις προβλήματος ακοής,
χρειάζεται να προσκομίσете **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)

☐	25% ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΧΡΟΝΟ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΠΡΟΦ. ΕΞΕΤΑΣΤΩΝ
☐	ΑΛΛΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Ημερομηνία Επιβεβαίωσης Αντιμετώπισης:

Σε περίπτωση που η αίτηση υποβάλλεται από ιδιοκτήτη ΚΕΓ, 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 αίτησής 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).

Προθεσμία υποβολής δικαιολογητικών: **Παρασκευή, 24 Οκτωβρίου**