

Ημερομηνία: / / 20

Στοιχεία Υποψηφίου

Επιθεωρητής Εμπειρογνώμονας

Όνομα: Επώνυμο:

Όνομα Πατρός: Ημερομηνία Γέννησης: Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Πλήρης Διεύθυνση Διαμονής (Οδός-Αριθμός, Περιοχή, Τ.Κ., Πόλη, Νομός):

Αριθμός Σταθερού Τηλέφωνα: Αριθμός Κινητού Τηλέφωνα: Διεύθυνση Ηλεκ. Ταχ. (e-mail):

Έντυπο Ταυτοπροσωπίας: Ταυτότητα Διαβατήριο Άλλο: Αριθμός:

Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.: Α.Μ.Κ.Α.: Α.Μ.Α.:

Όνομασία Τράπεζας (κατά προτίμηση ΠΕΙΡΑΙΩΣ): IBAN Τραπεζικού Λογαριασμού:

Προσόντα Υποψηφίου

- ⇒ Κάτοχος Τίτλου Σπουδών Μεταδευτεροβάθμιας/Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης: Ναι Όχι
Πλήρης Ονομασία Τίτλου Σπουδών:
- ⇒ Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών:..... Ναι Όχι
Πλήρης Ονομασία Τίτλου Σπουδών:
- ⇒ Επίπεδο γνώσης Αγγλικής γλώσσας:
- ⇒ Κατάρτιση/Επιμόρφωση με αντικείμενο τις επιθεωρήσεις ΣΔ: Ναι Όχι
Στοιχεία Σεμιναρίου:
- ⇒ Επαγγελματική εμπειρία ως Επιθεωρητής ΣΔ:..... έτη στο πρότυπο 9001 27001
 έτη στο πρότυπο 22000 14001
- ⇒ Επαγγελματική εμπειρία ως Εμπειρογνώμονας:... έτη στις τεχν. περ.
- ⇒ Επαρκείς ικανότητες που καλύπτουν τις απαιτήσεις του προτύπου: Ναι Όχι
- ⇒ Δυνατότητα κάλυψης περιοχών σε όλη την ελληνική επικράτεια: Ναι Όχι

Ο υπογράφων, ως ο φορέας των ανωτέρω προσωπικών δεδομένων και σχετικών δικαιολογητικών, δηλώνω ότι συναινώ στην καθ' οιονδήποτε τρόπο χρήση και επεξεργασία τους, όπως, ενδεικτικά, αποθήκευση σε ηλεκτρονικό ή/και φυσικό αρχείο ή/και διαβίβασή τους σε πελάτες του Φορέα Πιστοποίησης Unicert ή/και στο Ε.ΣΥ.Δ. και κάθε άλλο τρίτο πρόσωπο, προς τον σκοπό της συμμετοχής μου στις δραστηριότητες πιστοποίησης Συστημάτων Διαχείρισης (ΣΔ) που παρέχει ο Φορέας.

Ο/Η Υποψήφιος/α
(υπογραφή)

Προαξιολόγηση (συμπληρώνεται από τον Υπεύθυνο Πιστοποίησης ΣΔ)

Θετική Αρνητική

Παρατηρήσεις

Υπεύθυνος Πιστοποίησης ΣΔ
(υπογραφή)