


**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Κλήμεντος 17-19, 1061 Λευκωσία,  
Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία

**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ**
**Αίτηση για διορισμό Ωρομίσθιου Προσωπικού στον  
Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας**

1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.
2. Η αίτηση θα πρέπει να παραδοθεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας στη διεύθυνση Κλήμεντος 17-19, 1061 Λευκωσία έναντι απόδειξης παραλαβής ή να αποσταλεί μέσω του ταχυδρομείου, με συστημένη επιστολή με ένδειξη: «Γενικό Διευθυντή, Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία.»

Θέση για την οποία υποβάλλεται η αίτηση	Κωδικός Θέσης
<b>ΩΡΟΜΙΣΘΙΑΣ ΚΑΘΑΡΙΣΤΡΙΑΣ</b>	<b>ΚΟΑΥ</b>

**A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς) τα ατομικά σας στοιχεία]

**ΕΠΩΝΥΜΟ**

(Όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας)

---

**ΟΝΟΜΑ**


---

**ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ/ΕΣ**


---

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ<sup>1</sup>**


---

**ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**


---

**ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ<sup>2</sup>**


---

**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ<sup>3</sup>:**


---

**ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**


---

**B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**
**ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:**


---

**ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ/ΕΠΑΡΧΙΑ:**


---

**TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ:**


---

**ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:**


---

<sup>1</sup> Να επισυναφθεί αντίγραφο του δελτίου ταυτότητας – και οι δύο όψεις

<sup>2</sup> Να συμπληρωθεί μόνο αν ο/η αιτητής/ αιτήτρια είναι εγγεγραμμένος/η στο Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου

<sup>3</sup> Να επισυναφθεί αντίγραφο του πιστοποιητικού γέννησης

## Ε. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

1.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε καταδικαστεί ή εκκρεμεί εναντίον σας ποινική δίωξη για αδίκημα σοβαρής μορφής που ενέχει έλλειψη τιμιότητας ή ηθική αισχροτήτα.  <i>(Αν ναι, δηλώστε τη φύση του αδικήματος/παραπτώματος, την ημερομηνία καταδίκης και την ποινή που σας επιβλήθηκε. Σε περίπτωση παραγραφής της ποινής του αδικήματος ή σε περίπτωση διαγραφής της πειθαρχικής ποινής το παρόν σημείο να αγνοηθεί)</i>  <b>Ο Οργανισμός σε κατοπινό στάδιο θα ζητήσει Λευκό Ποινικό Μητρώο</b></p>	
2.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε απολυθεί ή έχουν τερματιστεί οι υπηρεσίες σας στο παρελθόν από τη δημόσια υπηρεσία ή οποιαδήποτε υπηρεσία της Δημοκρατίας ή οργανισμό δημοσίου δικαίου, για πειθαρχικό παράπτωμα.  <i>(Αν ναι, δηλώστε τη φύση του αδικήματος/παραπτώματος, την ημερομηνία καταδίκης και την ποινή που σας επιβλήθηκε. Σε περίπτωση παραγραφής της ποινής του αδικήματος ή σε περίπτωση διαγραφής της πειθαρχικής ποινής το παρόν σημείο να αγνοηθεί)</i></p>	
3.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), εάν κατέχετε πιστοποιητικό υγείας που να αποδεικνύει ότι είστε κατάλληλη από πλευράς υγείας να εργαστείτε ως καθαρίστρια.  <b>Ο Οργανισμός σε κατοπινό στάδιο δύναται να ζητήσει τη προσκόμιση του σχετικού πιστοποιητικού υγείας.</b></p>	

## ΣΤ. ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: \_\_\_\_\_

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΑΠΟ: \_\_\_\_\_ ΜΕΧΡΙ: \_\_\_\_\_

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ: \_\_\_\_\_

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: \_\_\_\_\_

ΑΠΟ: \_\_\_\_\_ ΜΕΧΡΙ: \_\_\_\_\_

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Ζ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέγραψα στο παρόν έντυπο όλα τα στοιχεία που έχουν ζητηθεί, ότι τα στοιχεία και τα επισυναπτόμενα που έδωσα είναι ακριβή και αληθή και ότι το έντυπο συμπληρώθηκε από εμένα. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράλειψη δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου ή την άμεση ανάκληση τυχόν διορισμού μου.

Εξουσιοδοτώ τον Οργανισμό ή/και οποιοδήποτε άλλο συνεργαζόμενο με τον Οργανισμό πρόσωπο όπως διατηρεί σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, στα οποία θα καταχωρούνται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν δηλωθεί στο παρόν έντυπο για σκοπούς πρόσληψης στη συγκεκριμένη θέση. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί ο Οργανισμός, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών.

Πληροφορούμαι ότι η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας. Επίσης, πληροφορούμαι ότι έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας) και σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας/αντίρρησης μου, σχετικά με την περαιτέρω διατήρηση ή/και σχετικά με τη διεξαγωγή της επικοινωνίας με ορισμένο μέσο, έχω το δικαίωμα να τη γνωστοποιήσω γραπτώς στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας.

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_



### **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ**

**Να συμπληρωθεί από τον/την αιτητή/τρια**

Πλήρες Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτ.: \_\_\_\_\_

Θέση για την οποία υποβάλλεται η αίτηση: \_\_\_\_\_

**Να συμπληρωθεί από τον παραλήπτη**

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης: \_\_\_\_\_

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη: \_\_\_\_\_