



ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κλήμεντος 17-19, 4^{ος} όροφος, 1061 Λευκωσία,
Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία
Τηλέφωνο: 22557200, Φαξ: 22875021

Εκδήλωση ενδιαφέροντος για καλοκαιρινή ενασχόληση στον ΟΑΥ INTERNSHIP

1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.
2. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με βιογραφικό σημείωμα του αιτητή / αιτήτριας.
3. Η αίτηση θα πρέπει στην ηλεκτρονική διεύθυνση internship@hio.org.cy

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

B. ΔΙΕΥΘΥΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς)]

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:

TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ:

ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:

ΗΛ.ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:

Γ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

[Συμπληρώστε κατάλληλα]

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

Δ. ΜΗΝΕΣ ΠΟΥ Ο ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

[Συμπληρώστε κατάλληλα]

Μήνας

Ιούνιος

Ιούλιος

Αύγουστος

Σεπτέμβριος

Οκτώβριος – Δεκέμβριο

(σε περίπτωση επέκτασης του Σχεδίου)

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ε. ΠΡΟΥΓΟΥΜΕΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Σχέδιο

Καλοκαίρι 2018

Καλοκαίρι 2019

ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

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 της συγκεκριμένης αίτησης. 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: _____
