


ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

 Κλήμεντος 17-19, 4^{ος} όροφος, 1061 Λευκωσία,

Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία

Τηλέφωνο: 22557200, Φαξ: 22875021

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ

 Φωτογραφία
(προαιρετική)

**Αίτηση για διορισμό ή προαγωγή στον
Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας**

1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.
2. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με αντίγραφα των πιστοποιητικών των ακαδημαϊκών ή άλλων προσόντων και βεβαιώσεις υπηρεσίας όπου να αναφέρονται ο τίτλος της θέσης και η χρονική περίοδος εργοδότησης. Τα πρωτότυπα να παρουσιαστούν όταν ζητηθούν για έλεγχο.
3. Η αίτηση θα πρέπει να παραδοθεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας στη διεύθυνση Κλήμεντος 17-19, 4ος όροφος, 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 (Να καταχωρηθεί ο τίτλος της θέσης που επιθυμείτε να υποβάλετε αίτηση με βάση την προκήρυξη)	Κωδικός Θέσης (Να καταχωρηθούν όλοι οι κωδικοί που εφαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση)

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

ΕΠΩΝΥΜΟ

(Όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας)

ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΕΠΩΝΥΜΟ¹
ΟΝΟΜΑ
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ/ΕΣ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ²
ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ
ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ³
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ⁴:
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
¹ Να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που διαφέρει από το επώνυμο που αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας

² Να επισυναφθεί αντίγραφο του δελτίου ταυτότητας – και οι δύο όψεις

³ Να συμπληρωθεί μόνο αν ο/η αιτητής/ αιτήτρια είναι εγγεγραμμένος/ή στο Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου

⁴ Να επισυναφθεί αντίγραφο του πιστοποιητικού γέννησης

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:

ΕΠΑΡΧΙΑ:

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:

ΤΑΧ.ΘΥΡΙΔΑ*:

ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ ΘΥΡΙΔΑΣ:

ΧΩΡΑ:

ΗΛ.ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ:

(Πρέπει **απαραίτητα** να συμπληρωθεί)

Γ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

(Να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που διαφέρει από τη διεύθυνση επικοινωνίας)

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:

ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:

ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ:

ΧΩΡΑ:

Δ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ*:

* Να συμπληρωθεί εάν υπάρχει.

Ε. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

1.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις ή αν έχετε απαλλαγεί νόμιμα από αυτές. (Να επισυναφθεί σχετική βεβαίωση)</p>	
2.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε καταδικαστεί ή εκκρεμεί εναντίον σας ποινική δίωξη για αδίκημα σοβαρής μορφής που ενέχει έλλειψη τιμιότητας ή ηθική αισχύτητα. (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)</p>	
3.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε απολυθεί ή έχουν τερματιστεί οι υπηρεσίες σας στο παρελθόν από τη δημόσια υπηρεσία ή οποιαδήποτε υπηρεσία ή οργανισμό δημοσίου δικαίου της Κυπριακής Δημοκρατίας ή της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή οποιουδήποτε κράτους μέλους, για πειθαρχικό παράπτωμα. (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)</p>	
4.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν καλύπτεστε από τις πρόνοιες του περί Πρόσληψης Ατόμων με Αναπηρίες στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (Ειδικές Διατάξεις Νόμου του 2009 (Ν.146(Ι)/09) (Να επισυναφθεί σχετική βεβαίωση ή/και πιστοποιητικά των θεραπόντων ιατρών σας)</p>	

ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΠΡΟΣΩΝΤΑ

1. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

Να αναφέρετε τα ακαδημαϊκά σας προσόντα, μέσης, ανώτερης, ανώτατης, μεταπτυχιακής, ή άλλης εκπαίδευσης χρονολογικά ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

A/A	Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Όνομα και Χώρα)	Τίτλος /Θέμα Σπουδών	Διάρκεια (Από-Μέχρι Μήνας και έτος)	Βαθμός	Ημ/νια Κτήσης
1					
2					
3					
4					
5					

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ / ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΩΜΑΤΑ/ΦΟΡΕΙΣ

Να αναφέρετε τους επαγγελματικούς σας τίτλους χρονολογικά ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο και τα σώματα/φορείς που είστε εγγεγραμμένοι. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

A/A	Επαγγελματικός Τίτλος	Επαγγελματικό Σώμα/Φορέας	Ημ/νια Έκδοσης Τίτλου/Εγγράφου
1			
2			
3			

3. ΓΛΩΣΣΕΣ

Να αναφέρετε πόσο καλά γνωρίζετε την κάθε γλώσσα σημειώνοντας (✓) στο κατάλληλο κουτί. Οι αιτητές θα πρέπει να έχουν τεκμηριωμένη γνώση της γλώσσας στο επίπεδο που απαιτείται από το Σχέδιο Υπηρεσίας είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων*, είτε μέσω εξετάσεων μέχρι την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας για την υποβολή των αιτήσεων. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

*Στον πιο κάτω σύνδεσμο μπορείτε να βρείτε κατάλογο αποδεκτών τεκμηρίων της Ελληνικής, Αγγλικής, Γαλλικής και Γερμανικής γλώσσας: [http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/All/48BC956310606100C22581EF0039D6CE/\\$file/245.pdf](http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/All/48BC956310606100C22581EF0039D6CE/$file/245.pdf)

Γλώσσα	Επίπεδο Γνώσης			Αποδεικτικό/ Πιστοποιητικό γνώσης που επισυνάπτεται
	Άριστα	Πολύ Καλά	Καλά	
Ελληνική				
Αγγλική				
Γαλλική				
Γερμανική				
Άλλη (Δηλώστε)				

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

(Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών.)

A/A	Τίτλος Εξέτασης	Ημ/ναι Κτήσης
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7,		

Ζ. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΠΕΙΡΑ

Η εργασιακή πείρα που δηλώνεται θα λαμβάνεται υπόψη μόνο εάν συνοδεύεται με βεβαιώσεις υπηρεσίας όπου να αναφέρονται ο τίτλος της θέσης και η χρονική περίοδος εργοδότησης. Τα πρωτότυπα να παρουσιαστούν όταν ζητηθούν για έλεγχο. Δηλώστε την εργασιακή σας πείρα ξεκινώντας από την παρούσα θέση. Να επισυναφθούν οι βεβαιώσεις απασχόλησης εκεί όπου απαιτείται από το Σχέδιο Υπηρεσίας.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΑΠΟ: _____ ΜΕΧΡΙ: _____

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ:

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ*

ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:

ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΑΠΟ: _____ ΜΕΧΡΙ: _____

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ:

Η. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Πριν υποβάλετε την αίτησή σας, βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αντίγραφα όλων των πιστοποιητικών / βεβαιώσεων που αναφέρονται σ' αυτήν. Σημειώστε ✓ όπου ισχύει.

A/A	Επισυννημμένα αντίγραφα	✓
1	Ταυτότητα	
2	Πιστοποιητικό γεννήσεως	
3	Πιστοποιητικό Συμπλήρωσης ή Απαλλαγής από Στρατιωτικές Υποχρεώσεις	
4	Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης	
5	Πτυχίο Πανεπιστημίου	
6	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	
7	Διδακτορικό Δίπλωμα	
8	Επαγγελματικοί Τίτλοι	
9	Πιστοποιητικά εγγραφής σε Επαγγελματικά σώματα/φορείς	
10	Αποδεικτικά / Πιστοποιητικά γνώσης γλωσσών	
11	Πιστοποιητικά επαγγελματικών και άλλων εξετάσεων	
12	Βεβαιώσεις απασχόλησης	
Άλλα		

Θ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέγραψα στο παρών 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: _____