



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δελτίο Τύπου

Εξαίρεση από υποχρεωτικό έλεγχο κατοχής SafePass για άτομα που δεν συνίσταται να εμβολιαστούν για ιατρικούς λόγους

Με βάση το μέτρο αναχαίτισης της πανδημίας COVID-19 για υποχρεωτικό έλεγχο κατοχής SafePass μέσω της εφαρμογής CovScan Cyprus για την είσοδο των πολιτών σε χώρους ελεγχόμενης προσέλευσης, το Υπουργικό Συμβούλιο ενέκρινε στις 13 Δεκεμβρίου πρόταση του Υπουργείου Υγείας για εξαίρεση απόκτησης Ευρωπαϊκού Ψηφιακού Πιστοποιητικού για κατηγορία πολιτών.

Συγκεκριμένα, η εξαίρεση αφορά σε άτομα τα οποία αποδεδειγμένα για ιατρικούς λόγους, με βάση την επιστημονική γνώση και τα κριτήρια για μη εμβολιασμό, και μετά από απόφαση Ιατρικού Συμβουλίου, δεν συνίσταται να εμβολιαστούν.

Πολίτες που εμπίπτουν στην πιο πάνω κατηγορία, θα πρέπει να αιτηθούν συμπληρώνοντας κατάλληλα το σχετικό έντυπο και να το αποστείλουν στην ηλεκτρονική διεύθυνση vacexceptcertification@mphs.moh.gov.cy, επισυνάπτοντας όλα τα απαραίτητα έγγραφα που αναφέρονται σε αυτό. Σημειώνεται πως είναι απαραίτητη η προσκόμιση γνωμάτευσης από Ιατρικό Λειτουργό της σχετικής με τον ιατρικό λόγο που επικαλείται ο αιτητής ειδικότητας. Η διαδικασία αυτή ήδη εφαρμόζεται από τον Αύγουστο του 2021 για έκδοση βεβαίωσης κατ' εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου (antigen rapid test) για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για ιατρικούς λόγους δεν συνιστάται να εμβολιαστεί.

Για την εξέταση των πιο πάνω αιτήσεων και για να διασφαλιστεί η ομοιόμορφη, τεκμηριωμένη και ίση αντιμετώπιση όλων των περιπτώσεων, το Υπουργείο Υγείας, σε συνεργασία με τον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο, έχει συστήσει επιτροπή αποτελούμενη από Ιατρικούς Λειτουργούς διαφόρων ειδικοτήτων.

Αιτήσεις που δεν είναι κατάλληλα συμπληρωμένες ή δεν συνοδεύονται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά, θα επιστρέφονται και θα υπάρχει καθυστέρηση στην αξιολόγησή τους από την Επιτροπή.

Τονίζεται πως τα άτομα που εξασφαλίζουν την αναφερόμενη εξαίρεση θα πρέπει να επιδεικνύουν την ειδική κάρτα που τους εκδίδει το Υπουργείο Υγείας, και ταυτόχρονα το αρνητικό αποτέλεσμα εργαστηριακής εξέταση Rapid ή PCR τεστ που θα πραγματοποιείται σε εβδομαδιαία βάση. Οι εξετάσεις rapid test αντιγόνου στα σημεία δειγματοληψίας του Υπουργείου Υγείας και PCR test στα Ιατρεία Δημόσιας Υγείας κατόπιν διευθέτησης ραντεβού μέσω του Συντονισμού Ιατρείων Δημόσιας Υγείας, στο τηλέφωνο 22523462, καθημερινά 8:00-13:00, θα παρέχονται δωρεάν .

Υπουργείο Υγείας
16 Δεκεμβρίου 2021

Αίτηση έκδοσης βεβαίωσης κατ'εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους δεν συνιστάται να εμβολιαστεί

ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΗ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας / αριθμός Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού(ARC):

Τύπος εγγράφου: (Κυπριακή Ταυτότητα / Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού) :

Ονοματεπώνυμο ως εμφανίζεται στο έγγραφο ταυτοποίησης :

Ημερομηνία γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/XXXX) :

Αριθμό κινητού τηλεφώνου μαζί με το διεθνή κωδικό κλήσης :

Διεύθυνση κατοικίας :.....

Πόλη/Δήμος/Κοινότητα : Ταχ Κωδικός :

ΜΕΡΟΣ ΙΙ: ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Λόγος για τον οποίο ζητείται έκδοσης βεβαίωσης κατ' εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους δεν συνιστάται να εμβολιαστεί :

.....
.....
.....
.....
.....

Χρονικό διάστημα ισχύος της εν λόγω εξαίρεσης Από :/..../.... Μέχρι:/..../....

Δικαιολογητικά έγγραφα που επισυνάπτονται για τεκμηρίωση του άνωθι λόγου (ιατρικές γνωματεύσεις από Ειδικούς Ιατρούς, εργαστηριακά αποτελέσματα, εξετάσεις διαγνωστικών κέντρων) :

.....
.....

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και με πλήρη επίγνωση των προνοιών της νομοθεσίας ότι :

1. τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και τα συνημμένα έγραφα είναι αυθεντικά.
2. Δίνω την εξουσιοδότηση καταγραφής/επεξεργασίας/αποθήκευσης δεδομένων που αναφέρω της αίτησή μου στα πιο κάτω λογισμικά συστήματα του Υπουργείου Υγείας:
 - i. Λογισμικό καταγραφής αιτημάτων έκδοσης βεβαίωσης κατ'εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους δεν μπορεί να εμβολιαστεί.

- ii. Λογισμικό καταγραφής εξετάσεων ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου.
3. Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιο πάνω πληροφορίες και ενέργειες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Υγείας είναι απαραίτητη, για να καταστεί δυνατή η εξέταση της αίτησης μου.
 4. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας.

Στα πλαίσια της εξέτασης της αίτησής μου, εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας και την συσταθείσα Επιτροπή Εξέτασης των Αιτήσεων να:

- A. επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με ιατρικούς λειτουργούς/διαγνωστικά κέντρα/ιατρικά κέντρα/νοσηλευτήρια/ οργανισμούς/ φορείς/άλλα Κράτη, όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητο.
- B. επικοινωνήσουν με οποιοδήποτε ιατρικό λειτουργό/διαγνωστικό κέντρο/ιατρικό κέντρο/νοσηλευτήριο/οργανισμό/φορέα/άλλα Κράτη, κρίνουν σκόπιμο για την εξασφάλιση περαιτέρω πληροφοριών ή και διευκρινήσεων για την εξέταση της αίτησής μου.

ΜΕΡΟΣ IV: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου διέπεται από τις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και για την κατάργηση της οδηγίας 95/46/EK (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων) και του «Ο περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (N.125(I)/2018)».

ΜΕΡΟΣ V: Υποβολή

Θα πρέπει να αποσταλεί μήνυμα με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση vacexceptcertification@mphs.moh.gov.cy που να περιλαμβάνει:

1. το παρόν έγγραφο κατάλληλα συμπληρωμένο και υπογραμμένο
2. σαρωμένα δικαιολογητικά έγγραφα που αναφέρονται στο ΜΕΡΟΣ II(ιατρικές γνωματεύσεις από Ειδικούς Ιατρούς, εργαστηριακά αποτελέσματα, εξετάσεις διαγνωστικών κέντρων)

Όνοματεπώνυμο αιτητή : **Υπογραφή:**

Ημερομηνία συμπλήρωσης της αίτησης :