

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΩΝ ΓΙΑ COVID-19**

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΠΟΛΙΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΓεΣΥ**

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Όνομα :…………………………………………… Επίθετο………………………………………………………………...

Ημερομηνία Γέννησης:……/……../………..

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας ή Αριθμός Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ALIENS REGISTRATION CARD NUMBER- ARC) (***Αντίγραφο Δελτίου επισυνάπτεται***): …………………………..................

Υπηκοότητα: ………………………………………..

Επάγγελμα: …………………………………………  
  
Διεύθυνση διαμονής:……………………………………, Αρ.: …………, Πόλη/χωριό:………………………………..

Ταχ. Κώδικας:……………..., Επαρχία:………………………., Xώρα: ……………………………………...................

Αρ. Τηλεφώνου: …………………………………, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:………………………………………….

**Είμαι κάτοχος ταυτότητας νοσηλείας ΝΑΙ /ΟΧΙ** (Αν ΝΑΙ επισυνάπτω αντίγραφο)

**MΕΡΟΣ ΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω δηλώνω ότι:

1. Δίνω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης Εγγραφής στο Λογισμικό Εμβολιασμών για COVID 19.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Υγείας είναι απαραίτητη, για να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης Εγγραφής στο Λογισμικό Εμβολιασμών για COVID 19.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας.

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙl: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου διέπετέ από τις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης 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/ΕΚ (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 (Ν.125(Ι)/2018)».

Me

Υπογραφή………………………………….. Ημερομηνία……………………………

*Σημείωση.:*

*Το έντυπο πρέπει να επιστραφεί* ***πλήρως συμπληρωμένο*** *στο Εθνικό Σημείο Επαφής του Υπουργείου Υγείας για τη Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη μέσω ηλεκτρονικής διεύθυνσης:* [*ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy*](mailto:ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy)

*ή μέσω τηλεομοιότυπου στο +357 22 605 499 / 492* ***και*** *μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο Υπουργείο Υγείας, στη διεύθυνση Γωνία Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, 1448 Λευκωσία, Κύπρος.*

***Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία***

***Τηλ: 22605300, φαξ:……………., Ιστοσελίδα:*** [***http://www.moh.gov.cy***](http://www.moh.gov.cy)

1. ών Κύπρο