

# ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

## ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗ ΥΠΟΤΡΟΦΙΑΣ

(Προτού συμπληρώσετε την αίτηση παρακαλείσθε να μελετήσετε τις πληροφορίες στις σελίδες 5 και 6 και να βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αντίγραφα όλων των απαιτούμενων πιστοποιητικών / βεβαιώσεων / δικαιολογητικών που αναφέρονται σ' αυτές).

Η αίτηση να συμπληρωθεί από τον/την αιτητή/τρια και να σταλεί ταχυδρομικώς ή να παραδοθεί μαζί με τα αναγκαία πιστοποιητικά στη:

Γραμματεία  
Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας  
«Γιώρκειο», Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17  
Άγιος Ανδρέας  
1449 Λευκωσία

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ .....

## ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ Η ΑΙΤΗΣΗ

Υποτροφία για τα οποία υποβάλλεται η αίτηση

Αναφορά στη σχετική Δημοσίευση ή Ανακοίνωση

## ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

### 1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ (με κεφαλαία γράμματα)

Όνομα αιτητή .....

Επώνυμο .....

Αριθμ. Δελτ. Πολ. Ταυτότητας ..... Ταχ. Κώδικας .....

Διεύθυνση Κατοικίας ..... Επαρχία .....

..... Δήμος .....

E-mail Address .....

Τηλ. Επικοινωνίας ..... Κιν. Τηλέφωνο ..... Φαξ.....

.....

Ημερ. Γέννησης .....

Υπηκοότητα .....

Οικογενειακή Κατάσταση αιτητή/αιτήτριας : Έγγαμος / Άγαμος  
(Να απαλείψετε ό, τι δεν εφαρμόζεται)

### 2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

(α) Σπουδές σε Εκπαιδευτικά Ιδρύματα Ανώτατης Εκπαίδευσης  
(Πτυχίο ή/και μεταπτυχιακός τίτλος επιπέδου Master ή Διδακτορικό)

Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (χρονολογικά)	Από	Μέχρι	Πτυχίο/ Τίτλος Σπουδών/ Μεταπτυχιακός Τίτλος/Διδακτορικός Τίτλος	Τελικός Βαθμός Πτυχίου*/ Μεταπτυχιακού* (Αριθμητικά)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

\* **ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Για σκοπούς ίσης συγκριτικής μεταχείρισης όλων των υποψηφίων, πρέπει να υποβληθεί, πρόσθετα με το πτυχίο, βεβαίωση που να περιέχει και τον τελικό βαθμό (αριθμητικά) του πτυχίου. Σε περίπτωση που δεν είναι εφικτή η υποβολή τέτοιας βεβαίωσης, τότε θεωρείται ότι ο σχετικός τίτλος/πτυχίο φέρει τον κατώτατο βαθμό του αντίστοιχου βαθμολογικά χαρακτηρισμού (π.χ. Λίαν Καλώς, Άριστα, Upper Second Class Honours, First Class Honours, 3.00/4.00 ή 3.80/4.00 κτλ).

(β) Τεκμήριο γνώσης της Ελληνικής και Αγγλικής ή Γαλλικής ή Γερμανικής γλώσσας (Να επισυναφθούν σχετικά πιστοποιητικά)	Βαθμός Επιτυχίας
(γ) Δημοσιεύσεις (Publications) σε Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά εγνωσμένου κύρους (Να επισυναφθούν σχετικά πιστοποιητικά)	
(δ) Διακρίσεις σε Κοινωνικές ή άλλες δραστηριότητες (Να επισυναφθούν σχετικές βεβαιώσεις)	
(ε) Βεβαιώσεις ή συστάσεις από Προϊσταμένους ή Καθηγητές ή άλλα πρόσωπα (Να επισυναφθούν σχετικές βεβαιώσεις)	

**4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ (Να απαλείψετε ό, τι δεν εφαρμόζεται)****(α). Απασχόληση στο Δημόσιο Τομέα**

(i) Ημερομηνία/Θέση και μισθοδοτική κλίμακα Έκτακτης Απασχόλησης στη Δημόσια Υπηρεσία

(ii) Ημερομηνία/Θέση Πρώτου Διορισμού και μισθοδοτική κλίμακα στη Δημόσια Υπηρεσία

(iii) Παρούσα θέση/Ημερομηνία διορισμού και μισθοδοτική κλίμακα στη Δημόσια Υπηρεσία

**(β). Απασχόληση στον Ιδιωτικό Τομέα**

(i) Παρούσα θέση και ημερομηνία πρόσληψης (με αναφορά στα στοιχεία εργοδότη)

(ii) Προηγούμενες θέσεις και διάρκεια απασχόλησης (με αναφορά στα στοιχεία εργοδότη)

**5. ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ****Ημερομηνία Απόλυσης / Απαλλαγής / Αναστολής από Εθνική Φρουρά**

Αν πήρατε απαλλαγή ή αναστολή αναφέρατε τους λόγους

**6. ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

(α) Αναφέρατε οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες και στοιχεία επιθυμείτε να δώσετε που μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση της αίτησής σας. **(ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ)**

**(Α) ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

1. Απαραίτητη προϋπόθεση για διεκδίκηση υποτροφίας είναι η υποβολή αίτησης στο **Έντυπο Αίτησης** του Υπουργείου Υγείας. Να υποβάλλεται ξεχωριστή αίτηση σε περίπτωση διεκδίκησης περισσότερων της μίας υποτροφίας.
2. Κάθε πρόσωπο το οποίο, με σκοπό να διεκδικήσει υποτροφία, με γνώση του κάνει ψευδή δήλωση ή παρουσιάζει ψευδή έγγραφα ή παρέχει πληροφορίες που γνωρίζει ότι είναι ψευδείς, είναι ένοχος αδικήματος και αναλαμβάνει πλήρως τις ευθύνες του έναντι του νόμου.
3. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν στις υποτροφίες, περιέχονται σε ξεχωριστή Ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας, την οποία οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να εξασφαλίσουν από την Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, τα Κεντρικά Γραφεία και την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.
4. Για να καταστεί δυνατή η εξέταση των αιτήσεων για διεκδίκηση υποτροφίας, είναι απαραίτητο αυτές να είναι ορθά συμπληρωμένες και να συνοδεύονται από όλα τα απαιτούμενα πιστοποιητικά / δικαιολογητικά. Αιτήσεις με ελλιπή στοιχεία δε θα λαμβάνονται υπόψη και θα επιστρέφονται.

**(B) ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ / ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται απαραίτητα από τα ακόλουθα Πιστοποιητικά / Δικαιολογητικά:

1. Πιστοποιημένο Αντίγραφο Πανεπιστημιακού Διπλώματος/Πτυχίου/Τίτλου Σπουδών/Μεταπτυχιακού τίτλου επιπέδου Master ή διδακτορικού
2. Τεκμήριο γνώσης της Ελληνικής και Αγγλικής ή Γαλλικής ή Γερμανικής γλώσσας
3. Δημοσιεύσεις (Publications) σε Διεθνή Επιστημονικά Περιοδικά εγνωσμένου κύρους
4. Διακρίσεις σε κοινωνικές ή άλλες δραστηριότητες
5. Βεβαιώσεις ή συστάσεις από Προϊσταμένους ή Καθηγητές κλπ.
6. Φωτοαντίγραφο Δελτίου Πολιτικής Ταυτότητας
7. Βεβαιώσεις επαγγελματικής απασχόλησης (δημόσιας ή/και ιδιωτικής)
8. Πιστοποιητικό εκπλήρωσης των στρατιωτικών υποχρεώσεων, απαλλαγής ή αναστολής
9. Ρητή συγκατάθεση και δήλωση αναγνώρισης ενημέρωσης από τον αιτητή σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τον περί επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (προστασία του ατόμου) Νόμο του 2001 (σελ. 8 και 9)

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι **ακριβή** και **αληθή** και αναλαμβάνω πλήρως τις ευθύνες μου έναντι του νόμου για ψευδείς δηλώσεις και για απόκρυψη στοιχείων. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράλειψη αποτελεί ψευδή δήλωση και είναι δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου από τη διεκδίκηση υποτροφίας.

Υπογραφή Αιτητή .....

Ημερομηνία: .....

**ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ**

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ: ΠΛΗΡΗ  
ΕΛΛΙΠΗ


✕ .....

Πλήρες Ονοματεπώνυμο Αιτητή .....

Αρ. Ταυτότητας .....

Υποτροφία για τα οποία υποβάλλεται η αίτηση

.....

Ημερομηνία παραλαβής Αίτησης από το Υπ. Υγείας .....

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ****Ο ΠΕΡΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ  
(ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ) ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2001****Ρητή συγκατάθεση και δήλωση αναγνώρισης ενημέρωσης από αιτητή  
σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού  
χαρακτήρα**

Με την παρούσα παρέχω στο Υπουργείο Υγείας Κύπρου τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεσή μου και το εξουσιοδοτώ να τηρεί σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του νόμου, στα οποία θα καταχωρούνται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που μπορεί να περιλαμβάνουν και ευαίσθητα δεδομένα κατά την έννοια του νόμου, τα οποία με αφορούν και έχουν δηλωθεί ή θα δηλωθούν προς το Υπουργείο Υγείας είτε από εμένα, είτε με τη συνδρομή μου, είτε από άλλη πηγή καθώς και με όσα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα προκύψουν από την εξέλιξη της σχέσης μου με το Υπουργείο Υγείας.

Τα παραπάνω αρχεία θα τηρούνται από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου για έναν ή περισσότερους από τους πιο κάτω σκοπούς:

- (α) Την εξέταση οποιασδήποτε αίτησής μου για την παροχή προς εμένα υποτροφίας.
- (β) Τη διεκπεραίωση ή τη διευκόλυνση με οποιοδήποτε τρόπο της παροχής προς εμένα οποιωνδήποτε υπηρεσιών που αναφέρονται στο (α) ανωτέρω.
- (γ) Τη στατιστική ανάλυση από το Υπουργείο Υγείας και από οποιοδήποτε άλλο συνεργάτη του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο ή στο εξωτερικό.
- (δ) Την αποστολή σ' εμένα πληροφοριών σχετικά με τη χορήγηση Υποτροφιών.

Το Υπουργείο Υγείας Κύπρου οφείλει να λαμβάνει τα κατάλληλα οργανωτικά και τεχνικά μέτρα για την ασφάλεια των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση ή πρόσβαση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας.



Το Υπουργείο Υγείας Κύπρου δεσμεύεται ότι θα περιορίζεται στη νόμιμη επεξεργασία μόνο των απολύτως αναγκαίων για τους σκοπούς της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα πιο πάνω αρχεία ή οποιοδήποτε μέρος τους, τηρουμένων των προνοιών του νόμου που αφορούν το απόρρητο, θ' ανακοινωθούν / μεταδοθούν (ή είναι πιθανό ν' ανακοινωθούν / μεταδοθούν) στον Ημερήσιο Τύπο, Ξένες Αρχές / Οργανισμούς του εξωτερικού και εσωτερικού, Υπουργεία / Υπηρεσίες της Δημοκρατίας.

Νοείται ότι στην περίπτωση διαβίβασης στο εξωτερικό προσωπικών δεδομένων που με αφορούν, το Υπουργείο Υγείας θα βεβαιώνεται ότι η χώρα στην οποία αυτά διαβιβάζονται παρέχει ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας και το Υπουργείο Υγείας θα συμμορφώνεται πλήρως με τις σχετικές διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 [N138 (I) / 2002], όπως ισχύει κάθε φορά, που αφορούν διαβίβαση προσωπικών δεδομένων στο εξωτερικό.

Λαμβάνω γνώση ότι σύμφωνα με τις πρόνοιες του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 [N138 (I) / 2002], όπως ισχύει κάθε φορά, το Υπουργείο Υγείας Κύπρου είναι «ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας» - δηλαδή το πρόσωπο που καθορίζει το σκοπό και τον τρόπο επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν.

Γνωρίζω ότι έχω δικαίωμα πρόσβασης και δικαίωμα διόρθωσης των προσωπικών μου δεδομένων με την υποβολή αίτησης στο Υπουργείο Υγείας και την καταβολή σχετικού τιμήματος (€17.08) και ότι τα πιο πάνω δικαιώματα αναφέρονται ρητά στα άρθρα 12, 13 και 14 του προαναφερόμενου νόμου.

Όλα όσα περιέχονται στο παρόν έγγραφο αποτελούν όλες τις πληροφορίες και στοιχεία που το Υπουργείο Υγείας ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας έχει υποχρέωση να μου δώσει και η υπογραφή από εμένα του παρόντος εγγράφου αποτελεί αναγνώριση και δήλωση εκ μέρους μου ότι το Υπουργείο Υγείας, ως Υπεύθυνος Επεξεργασίας, με έχει ενημερώσει πλήρως για όσα οφείλει να με ενημερώσει σύμφωνα με τις πρόνοιες του άρθρου 11 του πιο πάνω νόμου.

Με εκτίμηση,

.....

(ονοματεπώνυμο ολογράφως)

.....

(υπογραφή)

Ημερομηνία: .....