



ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ
ΟΙ ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΙ 214/1988 ΜΕΧΡΙ 1(Ι)2012
ΚΑΙ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΔΥΝΑΜΕΙ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 22

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
(Άρθρο 4(1) (α) (ii)) ΚΑΙ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Να συμπληρώνεται από ΟΛΟΥΣ τους αιτητές –

Για τη συμπλήρωση της αίτησης βλέπετε τις συνημμένες οδηγίες

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Να συμπληρωθεί με κεφαλαία γράμματα)

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΑΤΡΟΓΟΝΙΚΟ ΟΝΟΜΑ:

ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:
(για αλλοδαπούς /ες)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
(ημέρα/μήνας/ έτος)

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ
(Παρακαλώ σημειώστε με Χ)

2. ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ ΘΑ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

(Παρακαλώ όπως συμπληρωθούν όλα τα στοιχεία)

Όνοματεπώνυμο:

Οδός : Αριθμός

Δήμος / Χωριό:

Ταχ. Κώδικας: Πόλη: Χώρα:

Ταχυδρομική Θυρίδα

Τηλέφωνο: Οικίας: Εργασίας: Κινητό:

Τηλεομοιότυπο:

Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

3. ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ: (σημειώστε με ✓)

3 (α). ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	ΜΕΡΟΣ ΙΙ Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	
3 (β) ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – Να συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση αίτηση εγγραφής στο μητρώο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΒΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΣΙΚΗ

ΑΠΟ Μήνας/ έτος	ΜΕΧΡΙ Μήνας/ έτος	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ	ΔΙΠΛΩΜΑ/ΠΤΥΧΙΟ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ/ΆΛΛΟ

ΠΛΗΡΗΣ ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ
(Απαραίτητο)

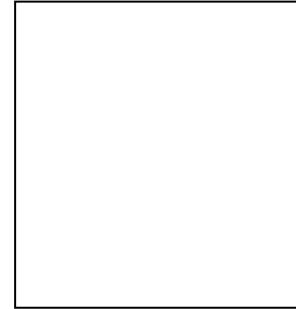
.....
.....
.....

Με την παρούσα αίτηση καταθέτω το ποσό των 35,00 ΕΥΡΩ και επισυνάπτω τη σχετική
τραπεζική απόδειξη

ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΗΤΕΣ

1. Δηλώνω ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι δεόντως συμπληρωμένα και ορθά.
2. Αναλαμβάνω, με την εγγραφή και την άδεια άσκησης επαγγέλματος μου στο Μητρώο, να δεσμεύομαι και να συμμορφώνομαι από κάθε άποψη με όλες τις πρόνοιες των νόμων και κανονισμών που βρίσκονται σε ισχύ στη Κυπριακή Δημοκρατία (www.moh.gov.cy).
3. Αναλαμβάνω επίσης να ενημερώνω τον Έφορο του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου, για τυχόν αλλαγή διεύθυνσης και απόκτηση νέων προσόντων.
4. Δηλώνω ότι έχω διαβάσει το έντυπο πληροφοριών και ότι έχω ενημερωθεί ότι το ΣΝΜ μπορεί να ζητήσει ή να δώσει, πληροφορίες στην Αρμόδια Αρχή άλλου κράτους μέλους που με αφορούν, χρησιμοποιώντας το ηλεκτρονικό σύστημα πληροφόρησης για την εσωτερική αγορά (IMI).

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ



ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

Ημερομηνία παραλαβής:

Όνομα παραλήπτη:

Υπογραφή παραλήπτη:

Μέσω παραλαβής: Ταχυδρομείο / Δια χειρός

Η αίτηση είναι συμπληρωμένη: ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν όχι – στοιχεία που υπολείπονται:

1

2

3

4

Ενέργειες για ενημέρωση αιτητή / τριας για στοιχεία που υπολείπονται

Απόδειξη παραλαβής αίτησης (παρακαλώ να δίδεται στον/ην αιτητή/τρια με τη παραλαβή πλήρους συμπληρωμένης αίτησης)

Όνομα και επίθετο παραλήπτη:

Ημερομηνία παραλαβής αίτησης:



ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ
Οι Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμοι 214/1988 – 1(I) 2012
και Κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 22

**ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.**

Σύμφωνα με την παράγραφο (α) του εδαφίου (1) του άρθρου 7 των περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμων 1988 – 2012 κανένα πρόσωπο δεν μπορεί να ασκεί τη νοσηλευτική εκτός εάν είναι εγγεγραμμένος νοσηλευτής και ασκεί την κατηγορία της νοσηλευτικής η οποία αναφέρεται στο μέρος του Μητρώου στο οποίο είναι εγγεγραμμένος και είναι εφοδιασμένος με άδεια άσκησης επαγγέλματος σε ισχύ.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά το περιεχόμενο της αίτησης και ακολουθείστε τις πιο κάτω οδηγίες.

Η αίτηση πρέπει να είναι συμπληρωμένη κατάλληλα για να προχωρήσει για αξιολόγηση στο Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου. Η απόφαση του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής σας αποστέλλεται γραπτώς μέσα σε περίοδο που δεν θα υπερβαίνει τους 3 μήνες από την ημερομηνία παραλαβής συμπληρωμένης αίτησης.

Εάν η αίτηση δεν είναι πλήρως συμπληρωμένη μένει σε εκκρεμότητα μέχρι να συμπληρωθούν ή επισυναφθούν όλα τα απαιτούμενα στοιχεία. Μετά από την ενημέρωσή σας για τυχόν εκκρεμότητες, σε περίπτωση που δεν προσκομίσετε τα απαιτούμενα στοιχεία εντός 6 μηνών η διαδικασία παραλαβής της αίτησής σας τερματίζεται και θα πρέπει να αιτηθείτε εκ νέου με πλήρως συμπληρωμένη αίτηση και νέα καταβολή του ανάλογου τέλους.

Για τυχόν ερωτήσεις ή διευκρινίσεις που αφορούν τη συμπλήρωση της αίτησης, μπορείτε να αποταθείτε στο γραφείο Εφόρου του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής στο Υπουργείο Υγείας, στο τηλέφωνο +35722605477, +35722605400 φαξ. +35722605789 , +35722772246 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση smichael@moh.gov.cy.

Σημειώνεται ότι η παρούσα αίτηση και οι οδηγίες βρίσκονται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας στο www.moh.gov.cy (έντυπα) στην Ελληνική και στην Αγγλική γλώσσα. Αίτηση που αποστέλλεται ηλεκτρονικά ή μέσω τηλεομοιοτύπου δεν γίνεται αποδεκτή

Η συμπληρωμένη αίτηση για εγγραφή να αποστέλλεται ταχυδρομικώς, κατά προτίμηση με συστημένο ταχυδρομείο, προς:

Έφορο Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής,
Υπουργείο Υγείας,
Προδρόμου 1, 1095 Λευκωσία
Κύπρος

**1.Α. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ / ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ, ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΙΤΗΤΕΣ**

1. Κατάλληλα και πλήρως συμπληρωμένη αίτηση Εγγραφής / ,Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος
2. Πιστά αντίγραφα των πιο κάτω:
 - α) Πτυχίο/Δίπλωμα/Πιστοποιητικό στη Ψυχιατρική Νοσηλευτική εκπαίδευση
 - β) Πιστοποιητικό εγγραφής και άσκησης της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, σε ισχύ σύμφωνα με τον περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμο της χώρας προέλευσης του αιτητή.

- γ) Πιστοποιητικό της Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης του αιτητή από την Αρμόδια Αρχή της χώρας προέλευσης του Διπλώματος/Πτυχίου. Το πιστοποιητικό αυτό πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία όπως, περιγραφή επαγγελματικού τίτλου εκπαίδευσης, κατά πόσο ο τίτλος συνάδει με την Ευρωπαϊκή Οδηγία, αν υπάρχει περιορισμός στην άσκηση του επαγγέλματος καθώς και αναφορά στην επαγγελματική συμπεριφορά του αιτητή /τριας.
- δ) Πιστόν αντίγραφο αναλυτικού εκπαιδευτικού προγράμματος ψυχιατρικής νοσηλευτικής – θεωρητικής εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης σε ώρες ανά ειδικότητα και όχι σε μονάδες
- ε) Αν για την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική προϋπόθεση ήταν η κατοχή εγγραφής στο μητρώο Νοσηλευτών – Γενικής Νοσηλευτικής, να επισυναφθεί το πιστοποιητικό εγγραφής στο εν λόγω μητρώο.
3. Βεβαίωση τεκμηριωμένης επαγγελματικής άσκησης και συστατική επιστολή από τον τελευταίο εργοδότη.
4. Δύο ίδιες, πρόσφατες φωτογραφίες μεγέθους και τύπου διαβατηρίου.
5. Φωτοτυπία της σελίδας του Διαβατηρίου που να φαίνεται καθαρά η φωτογραφία και τα στοιχεία του αιτητή ή Δελτίο Πολιτικής Ταυτότητας.
6. Πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου (από την Αρμόδια Αρχή) που να έχει εκδοθεί τους τελευταίους 3 μήνες και να είναι σε ισχύ κατά την υποβολή της αίτησης. Αν ο αιτητής διαμένει στην Κύπρο πέρα των 6 μηνών το πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου πρέπει να εκδίδεται από την Αστυνομία Κύπρου.
7. Παρακαλώ σημειώστε ότι θα πρέπει να προσκομίσετε επικυρωμένα φωτοαντίγραφα των πρωτότυπων εντύπων που ζητούνται και να είναι μεταφρασμένα στην ελληνική ή αγγλική γλώσσα από την αρμόδια αρχή της χώρας σας ή από το Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών της Κυπριακής Δημοκρατίας στη διεύθυνση: Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών, Οδός Απελλή 1, Τ.Τ. 1456, Λευκωσία, Κύπρος, τηλ.: +35722801130, φαξ: +35722666123, E-mail: translations@pio.moi.gov.cy.
8. Με βάση το εδάφιο (1) και (2) του άρθρου 10 των Νόμων περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής 1988-2012 για την άσκηση της νοσηλευτικής στη Δημοκρατία είναι απαραίτητη η στοιχειώδης γνώση της Ελληνικής γλώσσας και το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής διενεργεί προσωπικές συνεντεύξεις για διαπίστωση του βαθμού γνώσης της ελληνικής γλώσσας έξι μήνες μετά την εγγραφή στο μητρώο νοσηλευτών. (Μόνο για έκδοση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος).

1.B. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΕΣ ΧΩΡΩΝ ΕΚΤΟΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

1. Άδεια Εργασίας από το Τμήμα Εργασίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων της Κυπριακής Δημοκρατίας.
2. Πιστό αντίγραφο Απολυτηρίου Γενικής Σχολικής Εκπαίδευσης ή πιστοποιητικό 10 έτους ολοκληρωμένης Γενικής Σχολικής Εκπαίδευσης.
3. Πιστό αντίγραφο Αναλυτικού εκπαιδευτικού προγράμματος ψυχιατρικής νοσηλευτικής, θεωρητικής εκπαίδευσης και πρακτικής άσκησης σε ώρες ανά ειδικότητα (όχι σε μονάδες).

2. Φέρεται σε γνώση σας, ότι στα πλαίσια εφαρμογής των Οδηγιών 2005/36/EK και 2006/123/EK και της εναρμονιστικής νομοθεσίας Νόμος 31(I)2008 και Νόμος 76(I)2010, αντίστοιχα, το Συμβούλιο, για σκοπούς απλοποίησης των διαδικασιών και της διοικητικής συνεργασίας που απαιτείται για την εξέταση αίτησης εγγραφής μέλους, μπορεί, μέσω του Ηλεκτρονικού Συστήματος Πληροφόρησης για την εσωτερική αγορά IMI, να ζητήσει και να πάρει πληροφορίες που αφορούν τον αιτητή από την Αρμόδια Αρχή άλλου κράτους μέλους, στην οποία ο αιτητής έχει δηλώσει ότι είναι εγγεγραμμένο μέλος.

Επίσης σε περίπτωση όπου πρόσωπο που είναι εγγεγραμμένο στο Μητρώο που τηρεί το Συμβούλιο, υποβάλει αίτημα για εγγραφή σε Μητρώο Αρμόδιας Αρχής άλλου κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών, το Συμβούλιο, για σκοπούς απλοποίησης των διαδικασιών και της διοικητικής συνεργασίας που απαιτείται για την εξέταση αίτηση εγγραφής μέλους, εφόσον του ζητηθεί, μπορεί, μέσω του συστήματος IMI, να κοινοποιήσει στην Αρμόδια Αρχή του κράτους μέλους υποδοχής, πληροφορίες που αφορούν τον αιτητή σχετικές με το αντικείμενο της αίτησης εγγραφής του.

Βάσει του άρθρου 30 του Νόμου 76(Ι)/2010 το Συμβούλιο μπορεί να ενημερώσει τις αρμόδιες αρχές άλλων κρατών μελών για κάθε δραστηριότητα παροχής υπηρεσιών που θα μπορούσε να προκαλέσει σημαντική βλάβη στην υγεία ή την ασφάλεια των προσώπων ή στο περιβάλλον, μέσω του «μηχανισμού προειδοποίησης» που παρέχει το σύστημα IMI.

Οι Συντονιστές του Συστήματος IMI ενδέχεται επίσης να ενεργήσουν ως Αρμόδιες Αρχές και ως τέτοιες μπορούν να στείλουν ή να λάβουν αιτήματα πληροφόρησης.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του IMI μπορείτε να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα <http://ec.europa.eu/imi-net> ή να συνδεθείτε μέσω της ιστοσελίδας του Υπουργείου Εμπορίου, Βιομηχανία και Τουρισμού: <http://www.mcit.gov.cy>

3. Η καταβολή των τελών θα πραγματοποιείται στη Τράπεζα Κύπρου Δημόσια Εταιρεία ΛΤΔ με έμβασμα έναντι τρίτου στον λογαριασμό με αριθμό 357004711330.

Ο IBAN που θα χρησιμοποιείται για σκοπούς αναγνώρισης του λογαριασμού όταν γίνονται πράξεις από το εξωτερικό, είναι CY43002001950000 + αριθμός λογαριασμού. Η διεύθυνση SWIFT (κωδικός BIC) της Τράπεζας Κύπρου Δημόσια Εταιρεία ΛΤΔ είναι ο BCYPCY2N.

Σημειώνεται ότι η καταβολή του ποσού €35 και όπως αναγράφεται στον πιο κάτω πίνακα, είναι για την υποβολή της αίτησης, για την έκδοση του πιστοποιητικού εγγραφής, σε περίπτωση έγκρισης της αίτησης, θα αποσταλεί σχετική ενημερωτική επιστολή για να καταβληθεί το ποσό €35

ΤΕΛΗ € :

Η καταβολή των τελών θα πραγματοποιείται στη Τράπεζα Κύπρου Δημόσια Εταιρεία ΛΤΔ με έμβασμα έναντι Τρίτου αφού επιλέξετε το απαιτούμενο κουτί :

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Αρ. Λογαριασμού	Τέλη	√ / X
Αίτηση για Εγγραφή στο Μητρώο Νοσηλευτών ή στο Μητρώο Μαιών	357005-902-997	€35	<input type="checkbox"/>
Αίτηση για <u>επανεξέταση εγγραφής</u> στο Μητρώο Νοσηλευτών ή στο Μητρώο Μαιών	357005-903-896	€35	<input type="checkbox"/>

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ / ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΑΣ:

- 1) Αριθμός Ταυτότητας αιτητή**
- 2) Επίθετο και όνομα**

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	Αρ. Λογαριασμού	Τέλη	✓/Χ
Έκδοση πιστοποιητικών έγγραφης και άδειας άσκησης επαγγέλματος	357005-904-167	€35	<input type="checkbox"/>
Ανανέωση Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος	357004-711-330	€40	<input type="checkbox"/>
Επανεκδοση Απολεσθέντων Πιστοποιητικών	357005-904-310	€40	<input type="checkbox"/>
Έκδοση Πιστοποιητικών Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης	357005-904-426	€40	<input type="checkbox"/>
<p><u>ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ / ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΑΣ:</u> 1) Αριθμός ΜΗΤΡΩΟΥ ΚΑΙ Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας αιτητή 2) Επίθετο και όνομα</p>			

6/12/2012