



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

**Αίτηση εκδήλωσης ενδιαφέροντος στο πρόγραμμα εκπαίδευσης  
Φροντιστών Υγείας**

Όνοματεπώνυμο: .....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: ..... Ημερ. Γεννήσεως: .....

Διεύθυνση Αλληλογραφίας: .....

Τ.Κ: ..... Πόλη: .....

Τηλέφωνο: .....

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (e-mail): .....

**Απαραίτητο προσόν:** Απολυτήριο Λυκείου

**Απαραίτητη η επισύναψη:**

- Αντίγραφο Απολυτηρίου Λυκείου
- Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας (και από τις 2 πλευρές)

Υπογραφή: ..... Ημερομηνία: .....

**Σημείωση:**

1. Η παρούσα αίτηση πρέπει να αποσταλεί πλήρως συμπληρωμένη μέχρι τις 29 Απριλίου 2022, **ΜΟΝΟ με συστημένη επιστολή**, στην ακόλουθη ταχυδρομική διεύθυνση:

Υπουργείο Υγείας  
Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 5<sup>ος</sup> όροφος  
Προδρόμου 1  
1095 Λευκωσία

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με την αποστολή αίτησης, απευθύνεστε στα τηλέφωνα:  
22605403, 22605450

Με την παρούσα αίτηση δίνω τη συγκατάθεση μου στο Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Τομέα Εκπαίδευσης για χρήση των προσωπικών μου στοιχείων. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου και σύμφωνα την Αρχή της Ανάγκης Γνώσης όπως καθορίζεται στις εκάστοτε οδηγίες του Τμήματος Δημόσιας Διοίκησης και Προσωπικού.