



REPUBLIC OF CYPRUS
MINISTRY OF HEALTH
1448 NICOSIA

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
CYPRUS DENTAL COUNCIL**

1 28th October Street, Engomi Business Centre, Block B, Office 205
2414 Engomi
P.O. Box 27898, 2434 Engomi
Tel.: 0035722819819, Fax: 0035722819815
E-mail: cdcouncil@dental.org.cy

**Αίτηση για εγγραφή στο Μητρώο Οδοντιάτρων Κύπρου ή/και
αναγνώριση τίτλου ειδικότητας**

**Application for registration with the Cyprus Dentist Register and/or
recognition of a specialisation.**

(Σημ: Πριν από την συμπλήρωση της αίτησης παρακαλώ όπως συμβουλευτείτε τις οδηγίες στο Παράρτημα Ι)

(Note: Please read the instructions in Appendix I before completing the application form)

Αιτούμαι:

(Παρακαλώ σημειώστε ανάλογα)

I hereby apply:

(please tick accordingly)

Μόνιμη εγγραφή στο μητρώο Οδοντιάτρων Κύπρου (Νόμος 82(Ι)2004, άρθρο 4)

Permanent registration on the Cyprus Dentist Register (Law 82(I)/2004, article 4)

Προσωρινή παροχή Υπηρεσιών στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας
Approval for the temporary provision of services in the Republic of Cyprus

Αναγνώριση τίτλου ειδικότητας στην:
Recognition of a qualification as a specialist

in:

(Κανονισμοί Κ.Δ.Π. 209/2009). (Regulations R.A.I. 209/2009)

Στοιχεία Αιτητή / Applicant's Details

Επίθετο / Surname:

Όνομα / Name:

Αρ. Ταυτότητας ή διαβατηρίου / Identity Card or passport no.:

Υπηκοότητα / Nationality:

Ημ. Γέννησης / Date of birth:

Τόπος Γέννησης / Place of birth:

Διεύθυνση Διαμονής / Αλληλογραφίας / Residential / Correspondence

Address:

Οδός / Street: Αριθμός / Number:

Πόλη / Town: Τ.Κώδ. / Post Code:

Χώρα / Country:

Σημ: (Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως)

Note: (Any change of address must be notified immediately)

Αρ. Τηλεφώνου / Telephone No.:

Αρ. Τηλεομοιότυπου / Fax No.:

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο / E-mail:

Στοιχεία Βασικής Εκπαίδευση / Details of Basic Education

Πανεπιστήμιο / University:

Χώρα / Country:

Ημ. εισδοχής / Date of Admission:

Ημ. Αποφοίτησης / Date of Graduation:

Υπεύθυνη ΔΗΛΩΣΗ /DECLARATION

1. Δηλώνω ότι έλαβα γνώση και συγκατατίθεμαι, τα προσωπικά μου δεδομένα να κοινοποιηθούν στις Αρμόδιες αρχές άλλου Κράτους μέλους όταν το Οδοντιατρικό Συμβούλιο Κύπρου κρίνει αυτό ως απαραίτητο ή όταν αυτό ζητηθεί από το Οδοντιατρικό Συμβούλιο Κύπρου.

I declare, that I have been informed, and I agreed, that my personal data may be notified to the Competent Authorities of other member States when the Cyprus Dental Council considers it necessary or when the Cyprus Dental Council is asked to do so by other Competent Authorities.

2. Δηλώνω ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι δεόντως συμπληρωμένα και αληθή.

I hereby state that all the above data is duly completed and true.

3. Δεσμεύομαι, σε περίπτωση εγγραφής μου στο μητρώο Οδοντιάτρων Κύπρου να συμμορφώνομαι από κάθε άποψη με όλες τις πρόνοιες του Περί Εγγραφής Οδοντιάτρων Νόμου και των κανονισμών που βρίσκονται σε ισχύ στη Κυπριακή Δημοκρατία.

I hereby undertake, that in case I am registered with the Cyprus Dental Registry, to comply, in all respects, with the provisions of the Dentists Registration Laws and Regulations in effect in the Republic of Cyprus.

Υπογραφή / Signature

Ημερομηνία / Date

.....

.....

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

Έγγραφα που επισυνάπτονται με την παρούσα αίτηση

A. Για όλους τους αιτητές

Πτυχίο/Δίπλωμα

Επίσημο Πιστοποιητικό Μαθημάτων

Πιστοποιητικό Γέννησης

Λευκό Ποινικό Μητρώο

(Να μην παρέλθουν τρεις μήνες από την ημερομηνία έκδοσης του)

Πιστοποιητικό Ισοτιμίας και Αντιστοιχίας όπου απαιτείται

B. Επιπρόσθετα για πολίτες κράτους μέλους

Διαβατήριο

Πιστοποιητικό Τρέχουσας Επαγγελματικής Κατάστασης

Πιστοποιητικό Γνώσης της Ελληνικής Γλώσσας

Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος

(Βεβαίωση χρόνου άσκησης επαγγέλματος όπου απαιτείται)

Υπογραφή

Ημερομηνία