

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Έφορο

Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής

Εγώ ο / η Α.Δ.Τ Ταχυδρομική

Διεύθυνση Τ.Κ..... Χώρα.....

Τηλ. Ηλ. Διεύθυνση@.....

παρακαλώ όπως μου εκδοθεί Πιστοποιητικό Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης. Δηλώνω ότι γνωρίζω ότι στο πιστοποιητικό θα περιέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες- όνομα, φύλο, ημερομηνία γέννησης, υπηκοότητα, αριθμό εγγραφής, επαγγελματικά προσόντα, διεύθυνση κατοικίας και η κατάσταση εγγραφής μου στο μητρώο νοσηλευτών / μαιών. Δίνω την συγκατάθεση μου για την παροχή των προαναφερόμενων στοιχείων στην Αρμόδια Αρχή που αναφέρεται πιο κάτω*.

Επισυνάπτω τα πιο κάτω απαιτούμενα έγγραφα:

1. Πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου από την χώρα διαμονής κατά το τελευταίο δμήνο.
2. Πιστοποιητικό από τον τελευταίο εργοδότη στην Κύπρο στο οποίο να αναφέρεται η διάρκεια απασχόλησης.
3. Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Εγγραφής στο Μητρώο Νοσηλευτών / Μαιών.
4. Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Άδειας Άσκησης του Επαγγέλματος.
5. Απόδειξη κατάθεσης στη Τράπεζα Κύπρου στον αριθμό λογαριασμού 357005-904-426 του ποσού €40
6. * Όνομα και διεύθυνση της Αρμόδιας Αρχής στην οποία θα αποσταλεί το Πιστοποιητικό από το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου :

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

