



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.



(ΝΟΜΟΙ 33 (Ι)/2008 και 45 (Ι)/2011)

1. Προσωπικά Στοιχεία

Όνοματεπώνυμο:
Αριθμός Πολιτικής Ταυτότητας:
Αριθμός Διαβατηρίου:
Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων:
Ημερομηνία Γεννήσεως:
Τόπος Γεννήσεως:
Υπηκοότητα:

Πρόσφατη
Φωτογραφία

2. Διεύθυνση Διαμονής

Οδός:
Ταχ. Κώδικας:
Πόλη:
Τηλέφωνο Οικίας:
Τηλέφωνο Κινητό:
Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου:

Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης ή τηλεφώνου πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως στο Συμβούλιο

3. Ακαδημαϊκά προσόντα

Δηλώστε τα ακαδημαϊκά σας προσόντα μέχρι σήμερα, αρχίζοντας με τα πιο πρόσφατα (Μπορείτε να αντιγράψετε όλες σειρές του πίνακα χρειάζεστε).

Ανώτερη/ Ανώτατη Εκπαίδευση	Σχολή/Πανεπιστήμιο	Ημερομηνία Αποφοίτησης

4. Εκπαίδευση και Δημοσιεύσεις

Δηλώστε τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης που λάβατε μέρος, καθώς και δημοσιεύσεις σας σε επιστημονικά περιοδικά (Μπορείτε να αντιγράψετε όσες σειρές του πίνακα χρειάζεστε)

Ημερομηνία	Τίτλος προγράμματος/ Δημοσίευσης

5. Επαγγελματική Πείρα

Δηλώστε την κύρια απασχόληση σας από την συμπλήρωση της εκπαίδευσης σας μέχρι σήμερα, αρχίζοντας με τη ΣΗΜΕΡΙΝΗ σας εργασία

1. Οργανισμός / Εργοδότης

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τίτλος: Από (Μήνας/Έτος): Μέχρι (Μήνας/Έτος):

Σύντομη περιγραφή καθηκόντων:

2. Οργανισμός / Εργοδότης

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τίτλος: Από (Μήνας/Έτος): Μέχρι (Μήνας/Έτος):

Σύντομη περιγραφή καθηκόντων:

6. Επισυννημμένα Αντίγραφα

1. Πιστοποιητικό Γεννήσεως
2. Πτυχίο/α Ανώτερων/Ανώτατων Σπουδών
3. Πιστοποιητικό υγείας από μέλος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου
4. Πιστοποιητικό ότι ο αιτητής δεν έχει καταδικαστεί για αδίκημα ηθικής αισχροτήτας
5. Για υποψήφιους οι οποίοι δεν είναι πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας ή κράτους μέλους θα πρέπει να επισυναφθεί αντίγραφο του πιστοποιητικού γάμου με πολίτη της Δημοκρατίας ή κράτους μέλους
6. Πιστοποιητικά παρακολούθησης συνεχούς εκπαίδευσης και αντίγραφα δημοσιεύσεων

7. Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση των προνοιών του νόμου, ότι τα στοιχεία τα οποία δήλωσα πιο πάνω είναι αληθή και ότι συγκατατίθεμαι όπως τα στοιχεία κοινοποιηθούν στις αρμόδιες αρχές άλλου κράτους μέλους εάν αυτό καταστεί αναγκαίο.

Υπογραφή Αιτητή/Αιτήτριας

Ημερομηνία υποβολής

Με την υποβολή της αίτησης επισυνάπτω απόδειξη πληρωμής του ποσού των €50, το οποίο κατανοώ ότι δεν θα επιστραφεί σε μένα σε περίπτωση μη έγκρισης της αίτησής μου για εγγραφή στο Μητρώο Φυσικών Ιατρικής.

Λεπτομέρειες του τραπεζικού λογαριασμού του Συμβουλίου βρίσκονται στην ιστοσελίδα του Συμβουλίου [<http://www.mp-registry.gov.cy>]

Αποκήρυξη: Δηλώνεται ότι όλες οι παρεχόμενες πληροφορίες είναι αποκλειστικά για τη χρήση του Συμβουλίου και ότι δεν πρόκειται να κοινοποιηθούν σε οποιονδήποτε φορέα ή οργανισμό στην Κυπριακή Δημοκρατία χωρίς την γραπτή συγκατάθεση του αιτητή, πλην της πρόνοιας της παραγράφου 7 που αναφέρεται στην κοινοποίηση στοιχείων σε άλλες χώρες.

Για επίσημη χρήση

Σχόλια:

Η πιο πάνω αίτηση **πληρεί/δεν πληρεί** τα κριτήρια που καθορίζει ο Νόμος 33 (I) / 2008
(Ο περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμος του 2008)

Υπογραφές μελών του Συμβουλίου Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής.

Όνοματεπώνυμο μέλους	Εγκρίνεται/Δεν εγκρίνεται
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	