



REPUBLIC OF CYPRUS  
MINISTRY OF HEALTH  
1448 NICOSIA

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
CYPRUS DENTAL COUNCIL**

1 28<sup>th</sup> 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](mailto: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

.....

.....

**Πιστοποιητικά που συνοδεύουν την αίτηση:**  
**Documents to be submitted with the application:**

**Το Οδοντιατρικό Συμβούλιο διατηρεί κάθε δικαίωμα να ελέγξει τη γνησιότητα των πτυχίων/πιστοποιητικών είτε μέσω του Ηλεκτρονικού Συστήματος Πληροφόρησης για την Εσωτερική Αγορά (IMI) είτε απευθείας από το Ίδρυμα που το απένειμε.**

**The Cyprus Dental Council holds the right, at any time, to check the validity and authenticity of the certificates/documents either through the Internal Market Information System (IMI) or directly through the Institution that issued them.**

1. Πιστοποιητικό Γέννησης ή άλλο αποδεικτικό ιθαγένειας (Αντίγραφο ταυτότητας ή διαβατηρίου) / Birth Certificate or other proof of nationality (Copy of Identity Card or Passport)

2. Πρωτότυπο Πτυχίο μαζί με πιστοποιημένο αντίγραφο/Original degree and a certified copy

3. Αναλυτική βαθμολογία- Επίσημο Πιστοποιητικό Μαθημάτων/Grade Analysis- Official Transcript

4. Πιστοποιητικό λευκού ποινικού μητρώου / Certificate of clean criminal record

5. Απόδειξη κατάθεσης, με την ένδειξη **«υποβολή αίτησης για εγγραφή Ονοματεπώνυμο αιτητή»**, του ποσού των 50 ευρώ σε Τραπεζικό Λογαριασμό του Οδοντιατρικού Συμβουλίου Κύπρου σε κατάσταση της Τράπεζας Κύπρου στο αρ. Λογαριασμού: 357027399660

IBAN NO: CY09 0020 0195 0000 3570 2739 9660

SWIFT CODE: BCYPCY2N

Receipt indicating **«application for a registration name of the applicant»** for the transfer of the amount of 50 euros to the bank account of the Cyprus Dental Council Bank of Cyprus Account Details Account Number: 357027399660

IBAN NO: CY09 0020 0195 0000 3570 2739 9660

SWIFT CODE: BCYPCY2N

6. Πιστοποιητικό «Καλού Χαρακτήρα» ή «Τρέχουσας Επαγγελματικής Κατάστασης» που εκδίδεται από τις Αρμόδιες Αρχές του κράτους μέλους ή των κρατών μελών όπου έχετε εργαστεί στο παρελθόν.

A Certificate of "Good Character" or "Current Professional Status", issued by the Competent Authorities of the member state or member states in which you have worked in the past.

7. Κάτοχοι πτυχίου τρίτης χώρας (εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου) πρέπει να προσκομίσουν πιστοποιητικό συμβατότητας του πτυχίου τους (ισοτιμίας και αντιστοιχίας) σύμφωνα με την οδηγία 2005/36 από την αρμόδια αρχή της χώρας τους.

Holders of degrees from third countries (other than the European Economic Area) must provide a certificate of compatibility of their degree (equivalence

and correspondence) according to directive 2005/36 from the competent authority of their country.

8. Κάτοχοι πτυχίου τρίτης χώρας (εκτός Ευρωπαϊκού Οικονομικού χώρου) πρέπει να προσκομίσουν πιστοποιητικό άσκησης της οδοντιατρικής για τρία συναπτά έτη τα τελευταία πέντε χρόνια από την αρμόδια αρχή του κράτους καταγωγής τους ή απόκτησης του πτυχίου τους ή άλλου κράτους μέλους που τους έχει αναγνωρίσει η ισοτιμία και η αντιστοιχία του πτυχίου τους.

Degree holders from third countries (other than the European Economic Area) must provide a certificate of practicing dentistry for three consecutive years, the last five years from the competent authority of the country of their descent or from where they obtained their degree or other member state that has recognised the equivalence and correspondence of their degree.

9. Για αίτηση προσωρινής παροχής υπηρεσιών στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας να υποβληθεί δήλωση που να περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με οποιεσδήποτε ασφαλιστικές εγγυήσεις ή ανάλογα μέσα προσωπικής ή συλλογικής προστασίας όσον αφορά την επαγγελματική ευθύνη. (Άρθρο 7(1) Οδηγία 2005/36/ΕΚ), δηλαδή ασφάλεια επαγγελματικής ευθύνης η οποία να καλύπτει ρητά την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας.

For applications for approval for temporary provision of services in the territory of the Republic of Cyprus, a declaration is to be submitted which includes details of any insurance cover or other means of personal or collective protection in respect of professional liability. (Section 7(1) Directive 2005/36/EC), meaning professional liability which expressly covers practicing as a dentist in the territory of the Republic of Cyprus.

10. Πιστοποιημένο αντίγραφο τίτλου ειδικότητας. Για τίτλους ειδικότητας που απονεμήθηκαν από τρίτες χώρες ο τίτλος ειδικότητας θα πρέπει να συνοδεύεται από πιστοποιητικά από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα όπου έχετε εργαστεί ή σπουδάσει που να βεβαιώνουν τον χρόνο άσκησης σας και ημερολόγιο κλινικής άσκησης (log book) που να αποδεικνύεται η ενεργός συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με το άρθρο 6 των Περί Οδοντιάτρων (Ειδικά Προσόντα) Κανονισμών του 2004.

A Certified copy of the specialisation title. For specialisation titles awarded by third countries, the specialisation title must be accompanied by certificates from the educational institutions where you have either worked or studied confirming the length of your practice by the log book which indicates the full-time active participation to the study program according to the article 6 of the Dentists Regulations (Specialties) 2004-2009.

11. Πιστοποιητικό γνώσης Ελληνικών επιπέδου Γ1 (για αλλοδαπούς αιτητές)

Certificate of knowledge of the Greek language at the level of C1 (for foreign applicants).

**ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ**

**Έγγραφα που επισυνάπτονται με την παρούσα αίτηση**

**A. Για όλους τους αιτητές**

1. Πτυχίο/Δίπλωμα
2. Επίσημο Πιστοποιητικό Μαθημάτων
3. Πιστοποιητικό Γέννησης
4. Λευκό Ποινικό Μητρώο  
(Να μην παρέλθουν τρεις μήνες από την ημερομηνία έκδοσης του)
5. Πιστοποιητικό Ισοτιμίας και Αντιστοιχίας όπου απαιτείται
6. Απόδειξη πληρωμής του ποσού των €50 στον λογαριασμό του Οδοντιατρικού Συμβουλίου Κύπρου


**B. Επιπρόσθετα για πολίτες κράτους μέλους**

7. Διαβατήριο
8. Πιστοποιητικό Τρέχουσας Επαγγελματικής Κατάστασης
9. Πιστοποιητικό Γνώσης της Ελληνικής Γλώσσας
10. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος  
(Βεβαίωση χρόνου άσκησης επαγγέλματος όπου απαιτείται)


Υπογραφή .....

Ημερομηνία .....