



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΥΠΡΟΥ CYPRUS MEDICAL COUNCIL

e-mail: medicalcouncil@moh.gov.cy

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΡΟΔΡΟΜΟΥ 1 ΚΑΙ ΧΕΙΛΩΝΟΣ 17
1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

MINISTRY OF HEALTH
PRODROMOU 1 AND CHILONOS 17
1448 NICOSIA

Tel: +357 22605471, 22605418
Φαξ: 22605559

Αίτηση για εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου ή/και αναγνώριση τίτλου ειδικότητας Application for registration in the Cyprus Medical Register or/and recognition of a specialization title

*(Να συμπληρωθεί από τον/την αιτητή/αιτήτρια)
(To be completed by the applicant)*

(Σημ: Πριν από τη συμπλήρωση της αίτησης παρακαλώ όπως συμβουλευτείτε τις οδηγίες στο Παράρτημα Ι)
(Note: Before completing the application please read instructions in Annex I)

Αιτούμαι:

I apply:

(παρακαλώ σημειώστε ανάλογα)
(Please tick accordingly)

☐ Μόνιμη εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου (Κεφάλαιο 250, άρθρο 7)
Registration in the Cyprus Medical Register (Capture 250, Article 7)

☐ Έγκριση για προσωρινή παροχή Υπηρεσιών στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας (Κεφάλαιο 250, Άρθρο (10Α) (Οδηγία 2005/36, Άρθρα 5,6,7)
Approval for the temporary provision of Services (Directive 2005/36, Articles 5,6,7)

☐ Αναγνώριση του τίτλου ειδικότητας στην :
Recognition of the specialization title in:
(Κανονισμοί Κ.Δ.Π. 357/2003, Κ.Δ.Π. 456/2004)
Regulations Κ.Δ.Π. 357/2003, Κ.Δ.Π. 456/2004

☐ Είμαι εγγεγραμμένος/η στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου. Αριθμός Εγγραφής:
I am registered in the Cyprus Medical Register. Registration number

1. Στοιχεία Αιτητή:
Applicants Details:

- **Επίθετο:**
Surname:
- **Όνομα:**
(Name)
- **Αριθμός Ταυτότητας:**
(Identity Card No)
- **Υπηκοότητα:**
(Nationality)
- **Ημερομηνία Γεννήσεως:**
(Date of Birth)
- **Τόπος Γέννησης:**
(Place of Birth)
- **Διεύθυνση :**
(Post Addresses)

*(Η διεύθυνση εργασίας, δημοσιεύεται στην επίσημη εφημερίδα της Δημοκρατίας σύμφωνα με το Άρθρο 14(2) του Περί Εγγραφής Ιατρών Νόμου (Κεφ. 250) και είναι υποχρεωτική.
(The address is published in the Republic Gazette and on our website according to article 14(2) of the Medical Registration Law Capture 250, and is mandatory).*

Σημ: (Οποιαδήποτε αλλαγή διεύθυνσης πρέπει να γνωστοποιείται αμέσως)
Note: (Please notify the Council for any changes in the addresses immediately)

- **Διεύθυνση Αλληλογραφίας σε περίπτωση που είναι διαφορετική / Postal Address if different:**
.....

Δεν θα δημοσιεύεται
(This address will not be published).

- **Αρ. Τηλεφώνου:**
(Tel. No)
- **Αρ. Τηλεομοιότυπου:**
(Fax No)
- **Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:**
(Email)

2.Στοιχεία Βασικής Εκπαίδευσης:

Basic Qualifications Details:

- Όνομα Πανεπιστημίου:
University
- Χώρα:
Country
- Ημερομηνία Αποφοίτησης:
Graduation Date

3. Στοιχεία Μεταπτυχιακής Άσκησης για σκοπούς απόκτησης ειδικότητας.

Postgraduate training for acquiring the specialty

Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση Postgraduate training	Από From	Μέχρι To	Ολική Περίοδος Total Period

4. Ημερομηνία και Χώρα απόκτησης τίτλου ειδικότητας:

Country and date of acquiring the Specialization title:

.....

5. Νοσοκομεία όπου έχετε εργαστεί μέχρι σήμερα μετά την απόκτηση της ειδικότητας:

Hospitals or other posts, where you have worked after acquiring the specialization

Νοσοκομεία Hospitals	Από From	Μέχρι To	Ολική Περίοδος Total Period

6. Άλλα Κράτη Μέλη/Τρίτες Χώρες στις οποίες κατέχετε Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος:

Other Member States/third Countries where you have License to practice as doctor

.....
.....
.....
.....
.....

Υπογραφή Αιτητή
Signature

Ημερομηνία
Date

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ:

Declaration:

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

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

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία / Date:

.....

.....

Ενημέρωση που γίνεται με βάση τον κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων και την κατάργηση της οδηγίας 95/46 ΕΚ(Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων)

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και δηλώνονται από εσάς θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 όπως ισχύει από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου για σκοπούς αιτήματος σας για εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου .

Τα δεδομένα θα διατηρούνται στην υπηρεσία για τους πιο πάνω σκοπούς εφ' όρου ζωής.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Ιατρικού Συμβουλίου Κύπρου, το οποίο υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και η επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκεινται στις σχετικές διατάξεις του κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου

και του Συμβουλίου. Επίσης πληροφορείστε ότι έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, όπως αναφέρονται στα άρθρα 13,14,15,16,17 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 για το οποίο μπορείτε να απευθυνθείτε γραπτώς στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Υπουργείο Υγείας, Τηλ. 22605300, Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17)

Υπογραφή / Signature:

Ημερομηνία / Date:

.....

.....

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

α). Πιστοποιητικό Γέννησης ή άλλο αποδεικτικό ιθαγένειας
Birth Certificate or other proof of nationality

β). Πιστοποιημένο αντίγραφο αναγνωρισμένου πτυχίου. Πτυχία που αποκτήθηκαν σε Τρίτη Χώρα θα πρέπει να συνοδεύονται από πιστοποιητικό ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου από το ΚΥΣΑΤΣ, <http://www.kysats.ac.cy> ή ισοδύναμο (π.χ. ΔΟΑΤΑΠ Ελλάδος).

Certified Copy of a medical diploma (The medical diploma must be accompanied by a certificate of correspondence and equivalence issued by KYSATS, <http://www.kysats.ac.cy>, or equivalent (i.e. DOATAP Greece).

γ). 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.

Certificate of «Goodstanding» or «Certificate of current professional Status» that is issued by the Competent Authority of the member state or member states where you have practice medicine in the past

Για ιατρούς που έχουν συμπληρώσει την άσκηση τους στην Κύπρο, Πιστοποιητικό Λευκού Ποινικού Μητρώου.

δ). Πιστοποιημένο αντίγραφο τίτλου ειδικότητας.
Certified Copy of the Specialization title

Για τίτλους ειδικότητας που απονεμήθηκαν από τρίτες χώρες ο τίτλος ειδικότητας θα πρέπει να συνοδεύεται από πιστοποιητικά από τα νοσοκομεία όπου έχετε εργαστεί που να βεβαιώνουν τον χρόνο και το περιεχόμενο της άσκησης σας. Οι βεβαιώσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να είναι πιστοποιημένες από Αρμόδια Αρχή της χώρας (πχ. Υπουργείο Υγείας),

For Specialization titles awarded in third Countries (not member States of the European Union) the Specialization title must be accompanied by Certificates from the hospitals you have trained certifying the length and content of training, The certificates must be verified by a Competent Authority of the country (i.e. Ministry of Health)

ε) Όπου δεν εφαρμόζεται το δ) η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με πιστοποιητικά που να βεβαιώνουν ότι έχετε υπηρετήσει ως ιατρός για περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών, αποτελούμενη από 6- μήνες στην Παθολογία και 6 μήνες στην Χειρουργική σε νοσηλευτικό ίδρυμα της Δημοκρατίας ή άλλου κράτους μέλους ή τρίτης χώρας το οποίο εγκρίθηκε από το Ιατρικό Συμβούλιο ή ότι υπηρετήσατε για περίοδο τουλάχιστον 30 μηνών ως ιατρός σε νοσηλευτικό ίδρυμα άλλης χώρας ή της Δημοκρατίας το οποίο θα τύχει της έγκρισης του Ιατρικού Συμβουλίου. (Άρθρο 7.(1) (δ) Ν24(Ι) του 2009)

When (d) is not applicable then you have to provide evidence that you have worked for a period of one year, consisting of 6 months training in Internal Medicine and 6 months in Surgery in a Cyprus State Hospital, or in a Hospital of an other member state or third country which have been approved by the Cyprus Medical Council, or that you have worked for a period of 30 months in a hospital in a health institution in Cyprus or other Country, which has been approved by the C.M.C. (Article 7. (1)(d) Law 24(I)2009)

στ) Για αίτηση για προσωρινή παροχή 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 καθώς επίσης και δήλωση για το χρόνο, χώρο και είδος των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν(Άρθρο 7(1) Οδηγία 2005/36/EK).

For the temporary provision of Services the provider shall inform the Cyprus Medical Council in a written declaration including details of any insurance cover or other means of personal or collective protection with regard to professional liability, as well as details regarding the timeframe, place and nature of the services to be provided. (Directive 2005/36/EK, Article 7(1))

ζ) Για αίτηση για μόνιμη εγγραφή ή προσωρινή παροχή υπηρεσιών, ιατρών αποφοίτων πανεπιστημίων κράτους μέλους, απαιτείται η προσκόμιση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από χώρα Κράτος Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από το οποίο προέρχονται.

For the Permanent registration or for temporary provision of Services of doctors who are graduates of universities of member states, the provider shall submit the License of Practice from a the member state of origin.

η). Το ποσό των €300,00 για την Εγγραφή στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου το οποίο κατατίθεται στο Λογιστήριο του Τμήματος Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Το ποσό μπορεί να πληρωθεί στο Λογιστήριο των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας το οποίο στεγάζεται στο Υπουργείο Υγείας ή σε πρεσβεία της Κυπριακής Δημοκρατίας στο εξωτερικό στον αρ. Κεφαλαίου 22-01.02.1.00688 με την ένδειξη εγγραφή στο Μητρώο ιατρών Κύπρου.

The amount of €300,00 for the Registration to the Registry of Doctors deposit to the accounting department of Health Medical Services. This amount can be paid in the account department of Public Health Services in Ministry of Health or in any embassy of Cyprus Government abroad in the account no 22-01.02.1.00688.

θ) Το ποσό των €200,00 για την Αναγνώριση της Ειδικότητας το οποίο κατατίθεται σε Τραπεζικό Λογαριασμό του Ιατρικού Συμβουλίου Κύπρου σε κατάσταση της Τράπεζας Κύπρου στο αρ. Λογαριασμού:

357012492184,

IBAN NO CY70002001950000357012492184

SWIFT CODE BCYPCY2N

The amount of €200,00 for the Recognition of a specialization title deposit to the account of Cyprus Medical Council at Bank of Cyprus to the account no:

357012492184,

IBAN NO CY70002001950000357012492184

SWIFT CODE BCYPCY2N

ι) Δύο πρόσφατες φωτογραφίες μικρού μεγέθους.

Two small photographs.

Κ) Βιογραφικό σημείωμα, στο οποίο οποιοδήποτε κενό, πέραν των 5 μηνών μετά την απόκτηση του πτυχίου ιατρικής θα πρέπει να αιτιολογείται.

CV in which any gap, further than five months, after obtaining the medical degree should be justified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

- Όλα τα έγγραφα που θα προσκομιστούν στο Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου πρέπει να είναι πιστοποιημένα αντίγραφα.

All documents must be submitted either in Original or Certified Copies.

- Η εξέταση των αιτήσεων θα ολοκληρώνεται το συντομότερο δυνατόν και όχι αργότερα των τριών μηνών από την ημερομηνία υποβολής του πλήρους φακέλου του αιτητή. Αιτήσεις που υπολείπονται πιστοποιητικών δεν προχωρούν στο επόμενο στάδιο μέχρι να υποβληθούν όλα τα απαραίτητα έγγραφα.

All applications shall be examined by the Cyprus Medical Council as soon as possible and not later than 3 months from the date of submission of the complete file of the applicant. Applications that are not complete will not be further proceeded, until all necessary documents have been submitted

- Για σκοπούς άσκησης της Ιατρικής στην Κύπρο σύμφωνα με την νομοθεσία και την Ευρωπαϊκή Οδηγία 2005/36/EK Άρθρο 53, απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας. Για σκοπούς διαπίστωσης της Ελληνικής Γλώσσας απαιτείται η προσκόμιση πιστοποιητικού καλής γνώσης της Ελληνικής Γλώσσας, (Επίπεδο Γ1) που εκδίδεται από το Υπουργείο Παιδείας και Πολιτισμού ή άλλο ισότιμο πιστοποιητικό σύμφωνα με την σχετική εγκύκλιο της Επιτροπής Δημόσιας Υπηρεσίας. Το Ιατρικό Συμβούλιο δύναται να καλεί τους ιατρούς σε προσωπική συνέντευξη.
- For practicing medicine in Cyprus according to the European Directive 2005/36/EK Article 53, and the national legislation, knowledge of the Greek language is necessary. For the Greek Language all the applicants shall submit a certificate of good knowledge of Greek Language, (Level C1) issued by the Ministry of Education or equivalent certificate. The Cyprus Medical Council may invite applicants to a personal interview.