

Αριθμός 120

Οι περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής (Πιστοποιητικό Εγγραφής και Ετήσια Άδεια) Κανονισμοί του 2011, οι οποίοι εκδόθηκαν από το Υπουργικό Συμβούλιο δυνάμει του άρθρου 26 του περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμου, αφού κατατέθηκαν στη Βουλή των Αντιπροσώπων και εγκρίθηκαν από αυτή, δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας σύμφωνα με το εδάφιο (3) του άρθρου 3 του περί Καταθέσεως στη Βουλή των Αντιπροσώπων των Κανονισμών που Εκδίδονται με Εξουσιοδότηση Νόμου, Νόμου (Ν. 99 του 1989 όπως τροποποιήθηκε με τους Νόμους 227 του 1990 μέχρι 3(I) του 2010).

Ο ΠΕΡΙ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΜΟΣ

Κανονισμοί δυνάμει του άρθρου 26

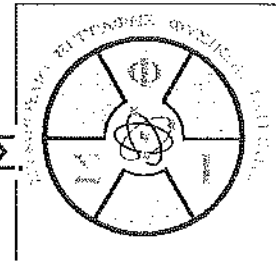
Το Υπουργικό Συμβούλιο, ασκώντας τις εξουσίες που του χορηγούνται από το άρθρο 26 του περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμου, εκδίδει τους ακόλουθους Κανονισμούς:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Συνοπτικός τίτλος. | 1. Οι παρόντες Κανονισμοί θα αναφέρονται ως οι περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής (Πιστοποιητικό Εγγραφής και Ετήσια Άδεια) Κανονισμοί του 2011. |
| Αίτηση εγγραφής. Παράρτημα I. | 2. Η αίτηση για εγγραφή στο Μητρώο υποβάλλεται στον Έφορο, σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στο Παράρτημα I, μαζί με τα έγγραφα που καθορίζονται στον εν λόγω τύπο. |
| Πιστοποιητικό εγγραφής. Παράρτημα II. | 3. Το πιστοποιητικό που εκδίδεται ως απόδειξη εγγραφής στο Μητρώο είναι σύμφωνα με τον τύπο που εκτίθεται στο Παράρτημα II. |
| Τέλος εγγραφής. | 4. Το τέλος εγγραφής στο Μητρώο καθορίζεται στα πενήντα ευρώ (€50,00). |
| Άδεια άσκησης επαγγέλματος. | 5. Για την έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος καταβάλλεται τέλος ύψους είκοσι ευρώ (€20,00). |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
(Κανονισμός 2)



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΩΟ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



(ΝΟΜΟΣ 33 (I) / 2008)

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 όσες 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 απασχόλησή σας από την συμπλήρωση της εκπαίδευσής 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:

3. Οργανισμός / Εργοδότης

Όνομα:

Διεύθυνση:

Τίτλος:

Από (Μήνας/Έτος):

Μέχρι (Μήνας/Έτος):

Σύντομη περιγραφή καθηκόντων:

6. Επισυννημμένα Αντίγραφα

1. Πιστοποιητικό Γεννήσεως
2. Πτυχία/α Ανώτερων/Ανώτατων Σπουδών
3. Πιστοποιητικό υγείας από μέλος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου
4. Πιστοποιητικό ότι ο αιτητής δεν έχει καταδικαστεί για αδίκημα ηθικής αισχρότητας
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.moh.gov.cy> (Τμήματα/Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας/Συμβούλιο Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής)].

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 άλλα κράτη μέλη.

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.	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ
(Κανονισμός 3)

	<p>ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΦΥΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</p> <p>Ο περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμος (Ν. 33 (I) του 2008)</p> <p>ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ</p> <p>Πιστοποιείται ότι ο/η εγγράφεται ως Φυσικός Ιατρικής σύμφωνα με τις προνοιές του άρθρου 8 του περί Εγγραφής Φυσικών Ιατρικής Νόμου</p> <p>Αρ. Μητρώου _____ Μεραμηνία _____ Πρόσθετος _____</p>
---	--