



Πρόεδρο  
Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου,

Το παρόν έγγραφο περιέχει ευαίσθητες πληροφορίες και διέπεται από τις πρόνοιες της νομοθεσίας για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας και της κυκλοφορίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

**ΑΙΤΗΜΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Π.Υ.Ε.Κ)**

Παρακαλώ όπως μου εκδοθεί Πιστοποιητικό Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης για την Εγγραφή μου στο Μητρώο Γενικής Νοσηλευτικής / Μαιευτικής / Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής (διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει).

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ (ΟΠΩΣ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ):

(ΚΕΦΑΛΑΙΑ): .....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕ ΛΑΤΙΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ (ΟΠΩΣ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ):

(ΚΕΦΑΛΑΙΑ): .....

ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ (Α.Δ.Τ.) .....

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:**

ΟΔΟΣ: ..... ΑΡΙΘΜΟΣ: ..... ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ: .....

ΕΠΑΡΧΙΑ: ..... Τ.Κ: ..... ΠΟΛΗ: .....

ΑΡ.ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ: ..... (ΟΙΚΙΑΣ) ..... (ΚΙΝΗΤΟ)

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ..... @ .....

\* Γνωρίζω ότι στο πιστοποιητικό θα περιλαμβάνονται οι ακόλουθες πληροφορίες: Ονοματεπώνυμο, Φύλο, Ημερομηνία Γέννησης, Υπηκοότητα, Διεύθυνση Κατοικίας, Αριθμός Εγγραφής και Κατάσταση της Εγγραφής μου στο αντίστοιχο Μητρώο που αιτούμαι την Έκδοση Π.Υ.Ε.Κ και δίνω τη συγκατάθεσή μου.

\* Γνωρίζω ότι το παρόν πιστοποιητικό, έχει ισχύ μόνο για έξι (6) μήνες.

\* Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι πληροφορίες που περιέχονται στο παρόν έντυπο είναι αληθείς και ακριβείς. Επιβεβαιώνω την αυθεντικότητα των πιστοποιητικών και των πιστοποιημένων αντιγράφων και ότι είμαι ο κύριος κάτοχος τους.

Υπογραφή Αιτητή: .....

Ημερομηνία: ..... / ..... / 2023

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Παρακαλείσθε όπως ΕΛΕΓΞΕΤΕ ότι έχετε επισυνάψει όλα τα ζητούμενα για έκδοση Πιστοποιητικού Υφιστάμενης Επαγγελματικής Κατάστασης (Π.Υ.Ε.Κ). Σε περίπτωση παραλήψεων η αίτηση σας θα καθυστερήσει να προωθηθεί, μέχρι να ολοκληρωθεί.

A/A	ΕΓΓΡΑΦΑ	ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕ ✓
1	Συμπληρωμένο έντυπο αίτησης	
2	<b>Πρωτότυπο</b> Πιστοποιητικό Λευκού Μητρώου (ισχύς <u>εντός έξι (6) μηνών</u> )	
3	Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Εγγραφής στο Μητρώο Γενικής Νοσηλευτικής / Μαιευτικής / Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ( <u>διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει</u> )	
4	Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος στο Μητρώο Γενικής Νοσηλευτικής /Μαιευτικής / Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής ( <u>διαγράψτε ό,τι δεν ισχύει</u> )	
5	<b>Πρωτότυπο</b> Πιστοποιητικό από τον τελευταίο εργοδότη στη Κύπρο στο οποίο να αναφέρεται η διάρκεια απασχόλησης	
6	<b>Αναλυτική</b> Κατάσταση Κοινωνικών Ασφαλίσεων	
7	Απόδειξη κατάθεσης τέλους	
<b><u>Όνομα και Διεύθυνση της Αρμόδιας Αρχής στην οποία θα αποσταλεί το Πιστοποιητικό από το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου:</u></b>		
-----		
-----		
-----		
-----		
-----		