


ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κλήμεντος 17-19, 4^{ος} όροφος, 1061 Λευκωσία,
 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία
 Τηλέφωνο: 22557200, Φαξ: 22875021

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ

Αίτηση Συμμετοχής Σχέδιο για Παροχή Υποστηρικτικών Υπηρεσιών για τον Έλεγχο των Παραδοτέων του Συστήματος Πληροφορικής

1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.
2. **Η αίτηση να συνοδεύεται με βιογραφικό σημείωμα**
3. Η αίτηση θα πρέπει να παραδοθεί στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας στη διεύθυνση Κλήμεντος 17-19, 4ος όροφος, 1061 Λευκωσία ή να αποσταλεί μέσω του ταχυδρομείου, στην διεύθυνση: Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση ITTesters@hio.org.cy.

A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς) τα ατομικά σας στοιχεία]

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: _____

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

B. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ: _____

ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: _____

TAX. ΚΩΔΙΚΑΣ: _____

ΧΩΡΑ: _____

ΗΛ.ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ: _____

Γ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ: _____

ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

Δ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ

[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς)]

(α) Απολυτήριο αναγνωρισμένης σχολής μέσης εκπαίδευσης.	Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (όνομα και χώρα): Διάρκεια (από μήνα και έτος – μέχρι μήνα και έτος): Βαθμός:
(β) Φοίτηση για απόκτηση πτυχιακού ή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	Σχολή (όνομα και χώρα): Τίτλος Σπουδών:

Ε. ΓΝΩΣΗ ΓΛΩΣΣΩΝ

[Επιλέξτε κατάλληλα ή συμπληρώστε με κεφαλαία γράμματα]

Γλώσσα	Επίπεδο Γνώσης		
	Άριστα	Πολύ Καλά	Καλά
Ελληνική			
Αγγλική			
Άλλη:			

Ζ. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Πριν παραδώσετε ή αποστείλετε την αίτησή σας, βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αντίγραφα όλων των πιστοποιητικών / βεβαιώσεων που αναφέρονται σ' αυτήν. Σημειώστε √ όπου ισχύει.

A/A	Συνημμένα αντίγραφα	√
1	Βιογραφικό Σημείωμα	
2	Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης	
3	Βεβαίωση φοίτησης για απόκτηση πτυχιακού ή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	

ΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Έχω μελετήσει προσεκτικά και έχω κατανοήσει τους όρους του Σχεδίου και αποδέχομαι και δεσμεύομαι για την πιστή τήρηση των υποχρεώσεών μου, που προκύπτουν από τη συμμετοχή στο Σχέδιο στη βάση των προβλεπόμενων προνοιών και διαδικασιών του Σχεδίου για όλη τη διάρκεια της τοποθέτησης. Αντιλαμβάνομαι ότι ο ΟΑΥ διατηρεί το δικαίωμα να τερματίσει την τοποθέτηση σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι δεν ισχύουν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες δόθηκε η έγκριση έναρξής του ή δεν τηρούνται οι υποχρεώσεις μου.

Η παρούσα Αίτηση Συμμετοχής συνοδεύεται από όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά με τα οποία τεκμηριώνονται τα προσόντα μου για συμμετοχή. Κατανοώ ότι τυχόν ελλείψεις οποιωνδήποτε πιστοποιητικών θα οδηγήσουν στην απόρριψη της Αίτησης Συμμετοχής μου.

Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με τις ψευδείς παραστάσεις και γενικότερα της νομοθεσίας για ψευδείς παραστάσεις, δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί ή επισυναφθεί στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς και αληθείς.

Εξουσιοδοτώ τον Οργανισμό ή/και οποιοδήποτε άλλο συνεργαζόμενο με τον Οργανισμό πρόσωπο όπως διατηρεί σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, στα οποία θα καταχωρούνται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν δηλωθεί στο παρόν έντυπο για σκοπούς της συγκεκριμένης αίτησης. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί ο Οργανισμός, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών.

Πληροφορούμαι ότι η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας. Επίσης, πληροφορούμαι ότι έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας) και σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας/αντίρρησης μου, σχετικά με την περαιτέρω διατήρηση ή/και σχετικά με τη διεξαγωγή της επικοινωνίας με ορισμένο μέσο, έχω το δικαίωμα να τη γνωστοποιήσω γραπτώς στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας.

Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____