

**Αίτηση έκδοσης βεβαίωσης κατ'εξαίρεση παροχής δωρεάν εξέτασης
ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους
δεν συνιστάται να εμβολιαστεί**

ΜΕΡΟΣ I: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΗ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ

Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας / αριθμός Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού(ARC):

Τύπος εγγράφου: (Κυπριακή Ταυτότητα / Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού) :

Όνοματεπώνυμο ως εμφανίζεται στο έγγραφο ταυτοποίησης :

Ημερομηνία γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧΧ) :

Αριθμό κινητού τηλεφώνου μαζί με το διεθνή κωδικό κλήσης :

Διεύθυνση κατοικίας :

Πόλη/Δήμος/Κοινότητα : Ταχ Κωδικός :

ΜΕΡΟΣ II: ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Λόγος για τον οποίο ζητείται έκδοσης βεβαίωσης κατ' εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους δεν συνιστάται να εμβολιαστεί :

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

Χρονικό διάστημα ισχύος της εν λόγω εξαίρεσης Από : / / Μέχρι: / /

Δικαιολογητικά έγγραφα που επισυνάπτονται για τεκμηρίωση του άνωθι λόγου (ιατρικές γνωματεύσεις από Ειδικούς Ιατρούς, εργαστηριακά αποτελέσματα, εξετάσεις διαγνωστικών κέντρων) :

.....
.....

ΜΕΡΟΣ III: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ/ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα και με πλήρη επίγνωση των προνοιών της νομοθεσίας ότι :

1. τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και τα συνημμένα έγγραφα είναι αυθεντικά.
2. Δίνω την εξουσιοδότηση καταγραφής/επεξεργασίας/αποθήκευσης δεδομένων που αναφέρω της αίτησή μου στα πιο κάτω λογισμικά συστήματα του Υπουργείου Υγείας:
 - i. Λογισμικό καταγραφής αιτημάτων έκδοσης βεβαίωσης κατ'εξαίρεση παροχής δυνατότητας δωρεάν εξέτασης ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου για τη νόσο COVID-19 σε άτομο που για Ιατρικούς λόγους δεν μπορεί να εμβολιαστεί.

- ii. Λογισμικό καταγραφής εξετάσεων ταχείας ανίχνευσης αντιγόνου.
3. Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιο πάνω πληροφορίες και ενέργειες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Υγείας είναι απαραίτητη, για να καταστεί δυνατή η εξέταση της αίτησης μου.
4. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας.

Στα πλαίσια της εξέτασης της αίτησής μου, εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας και την συσταθείσα Επιτροπή Εξέτασης των Αιτήσεων να:

- A. επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με ιατρικούς λειτουργούς/διαγνωστικά κέντρα/ιατρικά κέντρα/νοσηλευτήρια/ οργανισμούς/ φορείς/άλλα Κράτη, όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητο.
- B. επικοινωνήσουν με οποιοδήποτε ιατρικό λειτουργό/διαγνωστικό κέντρο/ιατρικό κέντρο/νοσηλευτήριο/οργανισμό/φορέα/άλλα Κράτη, κρίνουν σκόπιμο για την εξασφάλιση περαιτέρω πληροφοριών ή και διευκρινήσεων για την εξέταση της αίτησής μου.

ΜΕΡΟΣ IV: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου διέπεται από τις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και για την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων) και του «Ο περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν.125(Ι)/2018)».

ΜΕΡΟΣ V: Υποβολή

Θα πρέπει να αποσταλεί μήνυμα με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση vacexceptcertification@mphs.moh.gov.cy που να περιλαμβάνει:

1. το παρόν έγγραφο κατάλληλα συμπληρωμένο και υπογραμμένο
2. σαρωμένα δικαιολογητικά έγγραφα που αναφέρονται στο ΜΕΡΟΣ II(ιατρικές γνωματεύσεις από Ειδικούς Ιατρούς, εργαστηριακά αποτελέσματα, εξετάσεις διαγνωστικών κέντρων)

Όνοματεπώνυμο αιτητή :

Υπογραφή:

Ημερομηνία συμπλήρωσης της αίτησης :