

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗ ΚΑΤΟΧΟΥ S1
ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

(Application by S1 holders, for registration to
Cyprus Health System)

Προσωπικά Στοιχεία Αιτητή
(επισυνάπτεται αντίγραφο ταυτότητας¹)

Personal Details of Applicant
(Identification document should be attached¹)

Επώνυμο: (Surname)	Όνομα: (Name)
Αρ. Κυπριακής Ταυτότητας ¹ : (Cyprus Identity Card No ¹)	Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων (στην Κύπρο): (Social Insurance No in Cyprus)
Ημερ. Γεννήσεως: (Date of birth)	Φύλο: (Gender)

Εισοδήματα

(Income)

Εργάζομαι: (I am employed:)	ΝΑΙ / ΟΧΙ
(αν ΝΑΙ καθορίστε σε ποια χώρα:) (if YES indicate the country of employment:	(YES / NO)
Λαμβάνω σύνταξη από τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων της Κύπρου: (I am receiving pension from Cyprus Social Insurance Services)	ΝΑΙ / ΟΧΙ (YES / NO)
Λαμβάνω σύνταξη από άλλη Χώρα ή άλλο φορέα: (αν ΝΑΙ καθορίστε από ποια χώρα ή φορέα:)	ΝΑΙ / ΟΧΙ (YES / NO)
(I am receiving pension from another country or organisation) (if YES indicate the country or organisation	

Διεύθυνση στη χώρα μόνιμης διαμονής

(Home Address)

Οδός: (Street)	
Αριθμός: (No)	Ταχ. Κώδικας: (Post Code)
Πόλη: (Town)	Χώρα: (Country)

¹ Οι Αλλοδαποί, να επισυνάπτουν αντίγραφο Βεβαίωσης Εγγραφής Ευρωπαίου, ή Άδεια παραμονής, ή διαβατήριο εάν δεν πρόκειται για κάτοικους Κύπρου
(Non Cypriots, should attach a copy of their Alien Registration Certificate, or Residence Permit, or passport for non Cyprus Residents)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
(REQUIRED DOCUMENTS)

- ☐ Αντίγραφο Δελτίου Κυπριακής Ταυτότητας ή Βεβαίωσης Εγγραφής Ευρωπαίου, ή Άδεια παραμονής, ή διαβατήριο εάν δεν πρόκειται για κάτοικους Κύπρου.

Copy of Cyprus Identity Card or Alien Registration Certificate, or Residence Permit, or passport for non Cyprus Residents

- ☐ Έγγραφο S1.
Document S1

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα στοιχεία που περιέχονται στη δήλωση αυτή, καθώς και τα πιστοποιητικά / έγγραφα που συνυποβάλλονται, είναι αληθή και εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας και τις υπηρεσίες έκδοσης ΕΚΑΑ, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες αρχές της Δημοκρατίας όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητα.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι με το παρόν συγκατατίθεμαι και εξουσιοδοτώ την αρμόδια αρχή (Υπουργείο Υγείας) όπως τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και περιλαμβάνονται στην αίτηση μου για έκδοση ταυτότητας νοσηλείας, τηρούνται σε αρχείο και τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Υγείας, για σκοπούς εξέτασης της αίτησής μου για δικαίωμα σε Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Υγείας. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Υγείας, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών, νοουμένου ότι η διαχείριση και επεξεργασία τους θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου.

Επίσης, πληροφορούμαι ότι, μεταξύ άλλων, έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν, όπως αυτά αναφέρονται στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Υπουργείο Υγείας).

DECLARATION

I hereby declare that all the information contained in this application, as well as the certificates and supporting documents accompanying this application, are true and accurate and that I authorize the Ministry of Health to seek confirmation from any Government Service,

The personal data concerning my person and given by me shall be kept in a filing system and be subject to lawful processing in the meaning of the Regulation (EC) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, as applicable, by the Controller who is the Ministry of Health, for the purpose of examining my application for European Health Insurance Card. The recipients of the data shall be the competent personnel of the Ministry of Health. The personal data included in the file systems kept by the Ministry of Health Administration Service, may be communicated or transmitted between the government services concerned. The management and processing of my personal data shall be done securely and confidentially and shall be subject to the relevant provisions of the legislation in force

I am also informed that I have the right to information, access and objection and deletion on the personal data concerning my person, given under sections 13, 14, 15, 16, 17, 18 and 19 of Regulation (EC) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, in respect of which I can apply to the Controller (Ministry of Health).

Υπογραφή:
(Signature)

Ημερ:
(Date)