

Αίτηση Εγγραφής στο Μητρώο Εργοθεραπευτών Κύπρου

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ:

Ημ. Παραλαβής της αίτησης: __/__/____

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο:

Ημ. Γέννησης:

Όνομ/μο πατρός:

Όνομ/μο μητρός:

Οδός:

Αριθμός:

Αρ.διαμερ.:

Περιοχή:

Επαρχία:

Τ.Κ:

Τηλ. επικοινωνίας:

Αρ. Ταυτότητας:

Ηλ. Διεύθυνση / email:

Αρ. εγγραφής αλλοδαπού (ARC):

Υπηκοότητα:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Εκπαίδευση:

Λύκειο:

Χρονιά Έναρξης:

Χρονιά Λήξης:

Πλήρες όνομα εκπαιδευτικού ιδρύματος/πανεπιστημίου:

Πλήρης διεύθυνση εκπαιδευτικού ιδρύματος/πανεπιστημίου:

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ:

	1έτος	2έτη	3έτη	4έτη
Διάρκεια σε έτη (σημειώστε με X τα ανάλογα κουτιά):				
Αριθμός εβδομάδων ανά ακαδημαϊκό έτος:				
Ημερομηνία έναρξης σπουδών: __ / __ / ____				
Ημερομηνία ολοκλήρωσης σπουδών: __ / __ / ____				
Ακαδημαϊκός τίτλος (πτυχίο / BSc):				
Άλλα κράτη μέλη / τρίτες χώρες στις οποίες κατέχετε άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (προσκομίστε):				
Μεταπτυχιακό / MA / MSc :				
Χώρα που αποκτήθηκε:				
Διδακτορικό:				
Χώρα που αποκτήθηκε:				
Άλλο:				

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ:

Ημερ. έναρξης και λήξης	Ώρες	Πλαίσιο πρακτικής	Τομέας Πρακτικής	Επόπτης πρακτικής
Σύνολο ωρών πρακτικής άσκησης:				

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΕΓΓΡΑΦΑ:

Α. Για όλους τους αιτητές απαιτούνται:

- Απολυτήριο λυκείου (πιστοποιημένο)
- Πιστοποιητικό γεννήσεως (πιστοποιημένο)
- Αναλυτική βαθμολογία (πιστοποιημένη από το πανεπιστήμιο)
- Πτυχίο (πιστοποιημένο από το πανεπιστήμιο)
- Έντυπο πιστοποιητικού λευκού ποινικού μητρώου (να μην έχουν παρέλθει 3 μήνες από την ημερομηνία έκδοσής του) (Πρωτότυπο)
- Έντυπο πιστοποιητικού λευκού ποινικού μητρώου για τον περί πρόληψης και καταπολέμησης της σεξουαλικής κακοποίησης, της σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών και της παιδικής πορνογραφίας (να μην έχουν παρέλθει 3 μήνες από την ημερομηνία έκδοσής του) (Πρωτότυπο)
- Αντίγραφο διαβατηρίου ή ταυτότητας (πιστοποιημένο)
- Αριθμός εγγραφής αλλοδαπού για μη Κύπριους (ARC) (πιστοποιημένο)
- Απόδειξη πληρωμής για την εξέταση της αίτησης

Τα πτυχία που αποκτήθηκαν εκτός Κύπρου:

- Πιστοποιητικό ισοτιμίας και αντιστοιχίας του πτυχίου από το ΚΥΣΑΤΣ (Αυθεντικό)

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ:

Δηλώνω, εν γνώση των συνεπειών του νόμου, ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι δεόντως συμπληρωμένα και αληθή όπως και όλα τα συνημμένα πιστοποιητικά και έγγραφα είναι γνήσια ή πιστοποιημένα ανάλογα με το τι απαιτείται (βλέπε άνωθεν). Γνωρίζω ότι αναληθείς δηλώσεις ενδέχεται να οδηγήσουν σε πειθαρχικές ή και ποινικές κυρώσεις.

Με την εγγραφή μου στο Μητρώο Εργοθεραπευτών Κύπρου, δεσμεύομαι να συμμορφώνομαι με όλες τις πρόνοιες του περί Εγγραφής Επαγγελματιών Εργοθεραπευτών νόμο, τους ισχύοντες επιμέρους κανονισμούς και τους σχετικούς δεοντολογικούς κανόνες.

Εξουσιοδοτώ το Συμβούλιο Εγγραφής Εγγεγραμμένων Εργοθεραπευτών να διατηρεί, σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου, τα οποία έχουν δηλωθεί ή/και στο παρόν έντυπο για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησης.

Εξουσιοδοτώ το Συμβούλιο Εγγραφής Εγγεγραμμένων Εργοθεραπευτών να προβεί σε επικοινωνία με διάφορους φορείς, όταν και όπου χρειάζεται, με σκοπό τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν στην εξέταση της παρούσας αίτησης.

Αναγνωρίζω την υποχρέωση μου να ενημερώνω το Συμβούλιο για οποιαδήποτε αλλαγή στα πιο πάνω στοιχεία.

Κατά την εξέταση της αίτησης και εφόσον κριθεί αναγκαίο, είναι δυνατό να κληθεί ο αιτητής /αιτήτρια να υποβάλει επιπρόσθετα δικαιολογητικά/στοιχεία/διευκrynήσεις. Η διαδικασία εξέτασης της αίτησης δεν μπορεί να ενεργοποιηθεί χωρίς να έχουν υποβληθεί όλα τα απαιτούμενα έγγραφα. Τα συνημμένα έγγραφα/στοιχεία δεν επιστρέφονται στον αιτητή/αιτήτρια.

Όνοματεπώνυμο (Όλογράφως):

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο μάρτυρα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Μετά την εξέταση της αίτησής σας, θα σας αποσταλεί ηλεκτρονικό μήνυμα (e-mail).

ΤΕΛΗ

Τα τέλη καταβάλλονται ταυτόχρονα με την υποβολή της αίτησης, με κατάθεση σε τραπεζικό λογαριασμό με δικαιούχο το Συμβούλιο Εγγραφής Εγγεγραμμένων Εργοθεραπευτών με σαφή αναφορά στο όνομα του αιτητή / αιτήτριας. Τα τέλη εξέτασης της αίτησης για εγγραφή δεν επιστρέφονται, ανεξαρτήτως έκβασης.

Καθορισμένο τέλος για την εξέταση της αίτησης: € 35,00

ΤΡΑΠΕΖΑ ΚΥΠΡΟΥ-BANK OF CYPRUS

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ: 018601013491

IBAN: CY2800200186000000101349100

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ: ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ

ΧΑΡΤΟΣΗΜΟ

Απαιτείται η προσκόμιση χαρτοσήμων αξίας 8.54 ευρώ.

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

Μόνιμη εγγραφή στο μητρώο Εργοθεραπευτών Κύπρου

Έγκριση για προσωρινή παροχή υπηρεσιών στο έδαφος της Κυπριακής Δημοκρατίας. Απαιτείται η προσκόμιση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από χώρα κράτος μέλος της Ε.Ε από το οποίο προέρχεται.

Εγκρίνεται

Απορρίπτεται

Αριθμός Μητρώου: _____

Ο/Η Πρόεδρος

Ημερομηνία εξέτασης της αίτησης: