***Έντυπο Β***

**Αίτηση έκδοσης Ευρωπαϊκού Ψηφιακού Πιστοποιητικού Covid και SafePass σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί θετικοί στον ιό σε χώρες άλλες από αυτές των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), του Ενιαίου Οικονομικού Χώρου (Νορβηγία, Ισλανδία και Λιχτενστάιν) ή στην Ελβετία**

**ΜΕΡΟΣ Ι: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΗ ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ**

Αριθμό Κυπριακής Ταυτότητάς / αριθμό Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού(ARC) : …………………

Τύπος εγγράφου (i) (Κυπριακή Ταυτότητά / Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού) : ………………………

Ονοματεπώνυμο ως εμφανίζεται στο έγγραφο ταυτοποίησης : ………………………………………

Ημερομηνία γέννησης (ΗΗ/ΜΜ/ΧΧΧΧ) : ………………………………………

Αριθμό κινητού τηλεφώνου μαζί με το διεθνή κωδικό κλήσης : …………………………………

Ημερομηνία δειγματοληψίας 1ου θετικού αποτελέσματος : ………………………………………

Χώρα στην οποία έχει γίνει η διάγνωση : ………………………………………

Χώρα η οποία έχει εκδώσει το πιστοποιητικό : ………………………………………

**MΕΡΟΣ ΙΙ: ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα και με πλήρη επίγνωση των προνοιών της νομοθεσίας ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και τα συνημμένα έγραφα είναι αυθεντικά. Στα πλαίσια αυτά, εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Υγείας να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Άλλα Κράτη όσα από τα στοιχεία της αίτησης μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο πάνω δηλώνω ότι:

1. Δίνω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης Εγγραφής στο Λογισμικό καταχώρησης επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID 19.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Υγείας είναι απαραίτητη, για να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης έκδοσης Ευρωπαϊκού Ψηφιακού Πιστοποιητικού Covid.
3. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας.

**ΜΕΡΟΣ ΙΙl: ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Το περιεχόμενο του παρόντος εγγράφου διέπεται από τις πρόνοιες του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης 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 ΙV: Υποβολή**

Θα πρέπει να αποσταλεί μήνυμα με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο στην ηλεκτρονική διεύθυνση [eudcc.recovery@moh.gov.cy](mailto:eudcc.recovery@moh.gov.cy) που να περιλαμβάνει:

1. το παρόν έγγραφο κατάλληλα συμπληρωμένο και υπογραμμένο
2. φωτογραφία του εγγράφου εργαστηριακής εξέτασης με θετικό αποτέλεσμα της νόσησης
3. φωτογραφία του εγγράφου πιστοποίηση της νόσησης από Αρμόδια Αρχή (π.χ. Υπουργείο Υγείας)
4. φωτογραφία εγγράφου πιστοποίησης της αυθεντικότητας των εγγράφων που αναφέρονται στα σημεία 2 και 3. Σημειώνεται πως αποδεκτά έγγραφα, για τον σκοπό αυτό, είναι η διπλωματική πιστοποίηση (apostile) ή πιστοποίηση εγκυρότητας η οποία έχει εκδοθεί από την πρεσβεία της χώρας στην Κυπριακή Δημοκρατία.

**Ονοματεπώνυμο αιτητή : …………………………………….. Υπογραφή: ………………………..**

**Hμερομηνία συμπλήρωσης της αίτησης : ………………………………………**