

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

Εγώ ο/η δηλώνω υπεύθυνα ότι, κατά τη διάρκεια της παρουσίας μου στο Γενικό Νοσοκομείο για σκοπούς άσκησης / εκπαίδευσης / έρευνας θα σέβομαι και θα συμμορφώνομαι με τις νομοθετικές/ κανονιστικές και γενικές διατάξεις, εγκυκλίους, πρακτικές και άλλες οδηγίες και διαδικασίες που εφαρμόζονται στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Δεν θα παρεμβαίνω σε οποιαδήποτε δραστηριότητα του προσωπικού, πέραν των καθηκόντων που θα μου ανατεθούν και τυχόν οδηγιών που θα μου δίδονται και δε θα αποκαλύπτω σε οποιοδήποτε πρόσωπο, εκτός από το Διευθυντή του νοσηλευτηρίου ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο εξουσιοδοτημένο για το σκοπό αυτό από το Διευθυντή, πληροφορίες που έλαβα κατά τη διάρκεια της πραγματοποίησης της πρακτικής άσκησης στο εν λόγω νοσηλευτήριο, με βάση των Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (138(I)/2001, 37(I)/2003, 105(I)/2012).

Γνωρίζω ότι η τυχόν έγκριση για πραγματοποίηση της πρακτικής/ κλινικής άσκησης δεν παρέχει οποιοδήποτε δικαίωμα/ πλεονέκτημα για τυχόν μελλοντικό διορισμό σε οποιαδήποτε μόνιμη ή έκτακτη θέση στη Δημόσια Υπηρεσία ή για απασχόλησή με οποιοδήποτε καθεστώς στη Δημόσια Υπηρεσία.

Όνομα Φοιτητή:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται **πλήρως συμπληρωμένο** στον αρμόδιο λειτουργό του ενδιαφερόμενου νοσηλευτηρίου για την πρακτική/ κλινική άσκηση των φοιτητών μέσω τηλεομοιοτύπου στο και μέσω κανονικού ταχυδρομείου ή δια χειρός στο αντίστοιχο νοσηλευτήριο.