



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
1448 Λευκωσία

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΥΠΡΟΥ  
CYPRUS DENTAL COUNCIL

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ  
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**Form for request for a Certificate of Current Professional Status (CCPS)**

Παρακαλώ όλες οι αιτήσεις να επιστρέφονται συμπληρωμένες στο Οδοντιατρικό Συμβούλιο Κύπρου.  
Please complete and return this form to the Cyprus Dental Council.

28<sup>ης</sup> Οκτωβρίου 1, Engomi Business Center, Block B, Γραφείο 205  
2414 Έγκωμη, Λευκωσία  
Τ.Κ. 27898, 2434 Έγκωμη, Λευκωσία  
Τηλ.: 00357 22819819, Φαξ: 0035722819815  
Ηλεκτρ. Διεύθυνση: [cdcouncil@dental.org.cy](mailto:cdcouncil@dental.org.cy)

1, 28<sup>th</sup> October str., Engomi Business Center, Block B, Office 205  
2414 Engomi, Nicosia  
P.O.BOX 27898, 2434 Engomi, Nicosia  
Tel.: 00357 22819819, Fax: 00357 22819815  
E-mail: [cdcouncil@dental.org.cy](mailto:cdcouncil@dental.org.cy)

Όνομα:  
Name:

Επίθετο:  
Surname:

Τίτλος:  
Title:

Υπηκοότητα:  
Nationality:

Ταχυδρομική Διεύθυνση:  
Postal address:

Αριθμός τηλεφώνου:  
Telephone number:

Ηλεκτρονική διεύθυνση:  
Email:

Αριθμός Εγγραφής:  
Registration Number:

Όνομα και διεύθυνση της αρμόδιας αρχής στην οποία θα αποσταλεί το πιστοποιητικό:  
Name and address of the regulatory body to whom the certificate must be sent:



Το πιστοποιητικό αυτό θα αποσταλεί στην αρμόδια αρχή της χώρας που αναφέρεται πιο πάνω και αντίγραφο θα δοθεί στον αιτητή.

This certificate will be sent to the regulatory authority of another country and a copy will be sent to the applicant as well.

### **Δήλωση αιτητή:**

Δηλώνω ότι γνωρίζω ότι στο πιστοποιητικό θα περιέχονται οι πιο κάτω πληροφορίες:

- Το ονοματεπώνυμο μου
- Το φύλο
- Η υπηκοότητα
- Ο αριθμός εγγραφής
- Τα αναγνωρισμένα επαγγελματικά μου προσόντα και ο τίτλος ειδικότητας (αν υπάρχει)
- Η διεύθυνση μου
- Η κατάσταση εγγραφής μου στο μητρώο οδοντιάτρων

Δίνω τη συγκατάθεση μου για την παροχή των πιο πάνω στοιχείων στην αρμόδια αρχή που αναφέρεται πιο πάνω.

Υπογραφή αιτητή:

### **Declaration:**

I acknowledge that the CCPS will contain the information listed below:

- Full registered name
- Gender
- Nationality
- Registration number
- Registered qualifications
- Address
- Registration status

I give consent to the disclosure of the above information to the regulatory body named above.

Applicant's signature:

Ημερομηνία:

Date:

### **2. Πιστοποιητικά που συνοδεύουν την αίτηση:**

(α) Πιστοποιητικό άδειας ασκήσεως επαγγέλματος από τον Παγκύπριο Οδοντιατρικό Σύλλογο για το τρέχον έτος.

(β) Απόδειξη κατάθεσης, με την ένδειξη «**Έκδοση πιστοποιητικού/Ονοματεπώνυμο**», του ποσού των 50 ευρώ σε Τραπεζικό Λογαριασμό του Οδοντιατρικού Συμβουλίου Κύπρου σε κατάσταση της Τράπεζας Κύπρου στο αρ. Λογαριασμού: 357027399660  
IBAN NO CY09 0020 0195 0000 3570 2739 9660  
SWIFT CODE: BCYPCY2N

