



# ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΠΡΙΑΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΡΙΤΟ

### ΜΕΡΟΣ Ι

#### ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Αριθμός 5577	Πέμπτη, 29 Ιουλίου 2021	2543
--------------	-------------------------	------

ΟΙ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ,  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ  
ΤΟΥ ΙΟΥ COVID 19 ΝΟΜΟΙ ΤΟΥ 2020 ΚΑΙ 2021

#### Διόρθωση Απόφασης

Η Υπουργός Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ασκώντας τις εξουσίες που της παρέχονται από τα άρθρα 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 και 12 των περί των Έκτακτων Μέτρων που Λαμβάνονται από το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας του ιού COVID 19 Νόμων του 2020 και 2021, με την παρούσα τροποποιεί την Κ.Δ.Π 334/2021 η οποία αναφέρεται ως η περί Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας Απόφαση για άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID 19 (Αρ. 142) του 2021, η οποία έχει δημοσιευθεί στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας στις 23/7/2021, ως ακολούθως:

- (α) Με την προσθήκη στη φράση 3(γ)(ι) «πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID-19 και κατέχουν ιατρικό πιστοποιητικό, το οποίο εκδίδεται από το Υπουργείο Υγείας» των λέξεων «ή από αρμόδιο ιατρό» αμέσως μετά την αναφορά στο «Υπουργείο Υγείας».
- (β) Με την προσθήκη στη φράση 3(ι) «Η περίοδος κάλυψης του Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας αφορά πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από τον ιό –covid-19 από την 1η Μαΐου 2021 και μέχρι 31 Ιουλίου του 2021 και κατέχουν το αναγκαίο ιατρικό πιστοποιητικό από το Υπουργείο Υγείας εντός της πιο πάνω περιόδου» των λέξεων «ή από αρμόδιο ιατρό» αμέσως μετά την αναφορά στο «Υπουργείο Υγείας».
- (γ) Με τη διαγραφή του Εντύπου ΕΕΑ.2 που ορίζεται στο Παράρτημα Ι της παραγράφου 3(α) της Κ.Δ.Π. 334/2021 και αντικατάστασής του από το Έντυπο ΕΕΑ.2 που ορίζεται στο Παράρτημα Ι της παρούσας Διορθωμένης Απόφασης.

Έγινε την 29<sup>η</sup> Ιουλίου 2021.

ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΙΜΙΛΙΑΝΙΔΟΥ,  
Υπουργός Εργασίας, Πρόνοιας  
και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ  
ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ COVID19**

Εάν υποβληθεί η παρούσα αίτηση, οποιαδήποτε αίτηση για την ίδια περίοδο που υποβλήθηκε ή θα υποβληθεί στις υπηρεσίες κοινωνικών ασφαλίσεων για Covid-19 θεωρείται ως μη υποβληθείσα

**ΜΕΡΟΣ Ι – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ / ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ**

Όνομα: ..... Επώνυμο:.....  
 Ηλ. Διεύθυνση (email): .....  
 Αρ. Κινητού Τηλεφώνου: .....  
 Αρ. Σταθερού Τηλεφώνου: .....  
 Ημερομηνία Γέννησης: ..... Αρ. Κοινωνικών Ασφαλίσεων:.....  
 Υπηκοότητα: ..... Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Αρ. Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού (ARC): .....  
 Αρ. Διαβατηρίου ή Αρ. Ευρωπαϊκής Εγγραφής: .....  
 Μισθωτός: ..... Αυτοτελώς Εργαζόμενος: .....  
 Αυτοτελώς Εργαζόμενος με απασχόληση και ως μισθωτός: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ**

Οδός: ..... Αρ.: .....  
 Δήμος / Κοινότητα: ..... Επαρχία: ..... Ταχ. Κωδ.: .....

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (μόνο για μισθωτούς)**

Αριθμός Μητρώου Εργοδότη (Α.Μ.Ε.): .....  
 Όνομα επιχείρησης που εργοδοτείστε: .....  
 Ηλ. Διεύθυνση (email) εργοδότη .....  
 Αρ. Τηλεφώνου εργοδότη .....

Η αίτηση για το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας υποβάλλεται από μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα ή αυτοτελώς εργαζομένους που έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID 19 και κατέχουν ιατρικό πιστοποιητικό, το οποίο εκδίδεται από το Υπουργείο Υγείας ή από αρμόδιο ιατρό.

Επισυνάπτω το πιστοποιητικό που αναφέρεται πιο πάνω:

Περίοδος απουσίας από την εργασία βάσει του πιστοποιητικού: Από ΗΗ/ΜΜ/2021 μέχρι ΗΗ/ΜΜ/2021

Δηλώνω ότι για την περίοδο για την οποία αιτούμαι άδεια ασθενείας δεν μου έχει καταβληθεί και δεν θα μου καταβληθεί ο μισθός μου από τον εργοδότη μου και η άδεια ασθενείας δεν καλύπτεται από τον εργοδότη μου

**Προσοχή:** Για να καταβληθεί το επίδομα στον αιτητή, χρειάζεται οπωσδήποτε να συμπληρώσετε τα στοιχεία του IBAN σας στο ΈΝΤΥΠΟ ΕΕΑ.6 «ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ» που αφορά τη δήλωση για τα στοιχεία του λογαριασμού στον οποίο θα κατατεθεί το επίδομα, το οποίο βρίσκεται αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων [www.coronavirus.mlsi.gov.cy](http://www.coronavirus.mlsi.gov.cy) εφόσον δεν έχει ήδη καταχωρηθεί και επιβεβαιωθεί.

**ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι πληρούνται οι όροι και προϋποθέσεις που εμφανίζονται στην παρούσα αίτηση και όλες οι πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στο έντυπο αυτό είναι αληθείς

**Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας χορηγείται στους δικαιούχους σύμφωνα με τους ακόλουθους όρους, προϋποθέσεις και τρόπο υπολογισμού:**

- (α) Το εν λόγω Ειδικό Επίδομα καταβάλλεται μόνο εφόσον υποβληθεί η σχετική ηλεκτρονική αίτηση στο Έντυπο ΕΕΑ.2 που επισυνάπτεται ως **Παράρτημα Ι** στη σχετική Απόφαση και αναρτάται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ([www.coronavirus.mlsi.gov.cy](http://www.coronavirus.mlsi.gov.cy))

**Νοείται ότι παραμένει το δικαίωμα υποβολής της αίτησης στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε περίπτωση όμως υποβολής της παρούσας αίτησης θεωρείται η αίτηση που έχει υποβληθεί ή θα υποβληθεί στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως μη υποβληθείσα.**

- (β) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας καταβάλλεται μόνο εφόσον υποβληθεί από την αιτήτρια ή τον αιτητή διαδικτυακά η δήλωση ΕΕΑ.6 «ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΥ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ» που αφορά τη δήλωση για τα στοιχεία του λογαριασμού στον οποίο θα κατατεθεί το επίδομα και εφόσον δεν έχει ήδη καταχωρηθεί και επιβεβαιωθεί.
- (γ) Η αίτηση για το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας υποβάλλεται από μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα ή αυτοτελώς εργαζομένους που εμπίπτει στην κατηγορία:
- i. πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από τον ιό COVID 19 και κατέχουν ιατρικό πιστοποιητικό, το οποίο εκδίδεται από το Υπουργείο Υγείας ή από αρμόδιο ιατρό.
- (δ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας παραχωρείται μόνο σε πρόσωπα που εργοδοτούνται και είναι δηλωμένα στις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως μισθωτά ή αυτοτελώς απασχολούμενα πρόσωπα κατά την περίοδο για την οποία αιτούνται το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας και είναι ασφαλισμένα στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και δεν υπερβαίνουν την ηλικία των 65 ετών .

Νοείται ότι σε περίπτωση αυτοτελώς εργαζομένου, το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας αρχίζει να πληρώνεται από την τέταρτη ημέρα της απουσίας από την εργασία του λόγω ασθένειας.

- (ε) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας παραχωρείται μόνο σε πρόσωπα που εμπίπτουν στην κατηγορία που αναφέρεται στην παράγραφο (3)(γ)(i) και εφόσον υποβληθούν ηλεκτρονικά όλα τα απαιτούμενα παραστατικά που απαιτούνται για τη συμπλήρωση της ηλεκτρονικής αίτησης που ορίζεται στο Παράρτημα και εφόσον **για την περίοδο για την οποία αιτούνται άδεια ασθενείας δεν έχει καταβληθεί ή δεν θα καταβληθεί ο μισθός τους από τον εργοδότη τους ή εφόσον δεν καλύπτεται η άδεια ασθενείας από τον εργοδότη τους.**
- (στ) Το παρόν Σχέδιο δεν εφαρμόζεται για εργαζομένους σε οργανισμούς του δημόσιου και ευρύτερου δημόσιου τομέα, οργανισμούς δημοσίου δικαίου και άλλους παρόμοιους φύσης οργανισμούς και άλλους οργανισμούς οι οποίοι παρέχουν άδεια ασθενείας μετ' απολαβών στους εργοδοτούμενους τους.
- (ζ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας που καταβάλλεται σε δικαιούχους υπολογίζεται όπως παρουσιάζεται στο σημείο (i) πιο κάτω και καταβάλλεται ως Ειδικό Επίδομα Ασθενείας το ποσό ανάλογα με το εάν πρόκειται περί αυτοτελώς εργαζομένου προσώπου ή μισθωτού:
- i. Για μισθωτά πρόσωπα για τα οποία πληρούνται οι ασφαλιστικές προϋποθέσεις με βάση τον περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμο, στο 60% της αξίας των ασφαλιστικών μονάδων, με βάση το έτος αναφοράς του 2019.
- ii. Για αυτοτελώς εργαζόμενα πρόσωπα (εβδομαδιαίο) θα ισούται με το 60% του ποσού του εβδομαδιαίου ύψους των ασφαλιστέων αποδοχών, βάσει των οποίων ο δικαιούχος είχε την υποχρέωση καταβολής εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων για το τέταρτο τρίμηνο του 2019 και κατέβαλε τις ανάλογες εισφορές.
- iii. Το ανώτατο ποσό που δύναται να καταβληθεί ως ειδικό επίδομα ασθενείας για μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα για περίοδο ενός μήνα δεν μπορεί να υπερβαίνει το ποσό των €1.214 για την ίδια περίοδο. Για αυτοτελώς εργαζομένους το ποσό για περίοδο 4 εβδομάδων και νοούμενου ότι δεν εμπίπτει και στην κατηγορία του μισθωτού προσώπου, δεν μπορεί να υπερβαίνει το ποσό των €900 για την ίδια περίοδο.
- (η) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας δεν παρέχεται για περίοδο για την οποία ο αιτητής λαμβάνει ανεργιακό επίδομα, ειδικό ανεργιακό επίδομα, επίδομα ασθενείας, επίδομα μητρότητας ή επίδομα πατρότητας. Η περίοδος για την οποία παρέχεται το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας -Covid19 θα λαμβάνεται υπ' όψη για τον υπολογισμό της περιόδου για την παροχή των επιδομάτων, όπως προνοείται από τις διατάξεις των περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμων.

- (θ) Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας θα παραχωρείται μόνο μετά από υπεύθυνη δήλωση / εξουσιοδότηση του αιτητή με την οποία:
- i. Θα βεβαιώνεται υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που έχουν καταχωρηθεί είναι αληθή και θα γίνεται αποδοχή των συνεπειών του νόμου για ψευδή δήλωση, επί χρηματική ποινή μέχρι €40.000 ή φυλάκιση μέχρι 2 χρόνια ή και στις δύο ποινές μαζί σε περίπτωση καταδίκης για παροχή ψευδών στοιχείων.
  - ii. Θα παρέχεται εξουσιοδότηση στο Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας ή του εξωτερικού και με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή κριθεί ότι είναι απαραίτητα για την εξέταση της αίτησης και την παροχή του επιδόματος.
  - iii. Θα παρέχεται ρητή συγκατάθεση για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα για τους σκοπούς εφαρμογής της παρούσας Απόφασης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κεφαλαίου III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και 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.
- (ι) Η περίοδος κάλυψης του Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας αφορά πρόσωπα που έχουν προσβληθεί από τον ιό –covid-19 από την 1η Μαΐου 2021 και μέχρι 31 Ιουλίου του 2021 και κατέχουν το αναγκαίο ιατρικό πιστοποιητικό από το Υπουργείο Υγείας ή από αρμόδιο ιατρό εντός της πιο πάνω περιόδου.
2. Η περίοδος του Ειδικού Επιδόματος Ασθενείας θα θεωρείται περίοδος εξομοιούμενης ασφάλισης για σκοπούς εισφορών στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων και θα πιστωθεί αναλόγως ο ασφαλιστικός λογαριασμός του δικαιούχου.
3. Από το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας μπορούν να επωφεληθούν και δικαιούχοι Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος, οι οποίοι εργάζονται και εμπίπτουν στις πιο πάνω κατηγορίες. Το Ειδικό Επίδομα Ασθενείας, το οποίο θα καταβληθεί σε δικαιούχους Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος θα ληφθεί υπ' όψη για σκοπούς υπολογισμού του εισοδήματος που λαμβάνεται υπ' όψη για σκοπούς καταβολής του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος. Οποιοδήποτε ποσό έχει καταβληθεί σε οποιοδήποτε πρόσωπο, το οποίο εκ των υστέρων προκύπτει ότι είτε το πρόσωπο αυτό δεν ήταν δικαιούχο, είτε ότι δεν οφειλόταν ολόκληρο ή μέρος του ποσού οποιουδήποτε επιδόματος ή παροχής που παρέχεται δυνάμει του περί των Έκτακτων Μέτρων που λαμβάνονται από το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας του ιού COVID 19 Νόμου και των Αποφάσεων που εκδίδονται δυνάμει αυτού, θεωρείται ως χρέος του προσώπου αυτού στη Δημοκρατία και δύναται να συμψηφιστεί με οποιαδήποτε μελλοντική παροχή που παρέχεται είτε δυνάμει του περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμου είτε με οποιοδήποτε ποσό είναι καταβλητέο προς το πρόσωπο αυτό είτε να διεκδικηθεί ως χρέος οφειλόμενο στη Δημοκρατία. Οι πιο πάνω διατάξεις ισχύουν και για κάθε πρόσωπο, το οποίο έχει επιτύχει διά ψευδών παραστάσεων τη χορήγηση οποιασδήποτε πληρωμής που έχει διενεργηθεί δυνάμει του περί των Έκτακτων Μέτρων που λαμβάνονται από το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας του ιού COVID 19 Νόμου και των Αποφάσεων που εκδίδονται δυνάμει αυτού.

#### **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Σε περίπτωση ψευδούς δήλωσής μου, γνωρίζω ότι είμαι ένοχος αδικήματος και σε περίπτωση καταδίκης μου υπόκειμαι σε χρηματική ποινή μέχρι €40.000 ή σε φυλάκιση μέχρι δύο (2) χρόνια ή και στις δύο ποινές μαζί. Γνωρίζω, επίσης, ότι σε περίπτωση που μου καταβληθεί επίδομα αντικανονικά χωρίς να το δικαιούμαι οφείλω να το επιστρέψω.

Εξουσιοδοτώ το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσει σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας ή του εξωτερικού και με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κριθεί ότι είναι απαραίτητα και σχετικά με το σκοπό της συλλογής τους.

Εγώ ο/η πιο κάτω, υποβάλλοντας την παρούσα αίτηση ρητά δηλώνω ότι:

1. Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης μου για συμμετοχή στο παρόν Ειδικό Σχέδιο.
2. Βεβαιώνω ότι πληρούνται όλοι οι όροι και προϋποθέσεις για συμμετοχή στο παρόν Ειδικό Σχέδιο που αναφέρονται ανωτέρω.
3. Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι απολύτως απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση της αίτησής μου.
4. Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω αμέσως τον Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
5. Αν δοθεί οποιοδήποτε ποσό, το οποίο θα αποδειχθεί ότι δεν ήταν οφειλόμενο, οφείλω να το επιστρέψω ή και αποδέχομαι να συμψηφιστεί με άλλες παροχές που δικαιούμαι.

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο III του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ (Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων).

Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και δηλώνονται από εμένα την ίδια/τον ίδιο, θα τηρούνται σε αρχείο και θα τυγχάνουν αντικείμενο νόμιμης επεξεργασίας κατά την έννοια του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 όπως ισχύει, από τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας που είναι το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων για σκοπούς εξέτασης της παρούσας αίτησής μου. Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι το αρμόδιο προσωπικό του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών. Η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων 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 τα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

Ημερομηνία: .....Ονοματεπώνυμο: .....

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας / ARC: .....

Αριθμός Ευρωπαϊκής Εγγραφής: .....

Συμφωνώ με τα πιο πάνω