

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Για την προστασία της υγείας όλων των υποψηφίων που θα παρακαθήσουν στις γραπτές εξετάσεις για τις θέσεις της ΓΚΘ Α/3-2021 για διορισμό στην Αρχή Ηλεκτρισμού Κύπρου (ΑΗΚ), από τον κορωνοϊό (COVID -19/ SARS-CoV 2), είναι υποχρεωτικό όπως συμπληρώσετε την παρούσα υπεύθυνη δήλωση για να σας επιτραπεί η είσοδος στο εξεταστικό κέντρο, σύμφωνα με το Πρωτόκολλο που εγκρίθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Οι πληροφορίες και τα προσωπικά στοιχεία σας θα τύχουν εμπιστευτικότητας, ενώ η επεξεργασία τους θα γίνεται για λόγους δημοσίου συμφέροντος και για την προστασία της δημόσιας υγείας από τον COVID-19.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι (σημειώστε ✓ αν ισχύει ή δεν ισχύει στο κατάλληλο τετράγωνο) :

Αντιλαμβάνομαι πλήρως τους κινδύνους, λόγω της νόσου COVID-19, που συνδέονται με την συμμετοχή μου στις γραπτές εξετάσεις. Αναλαμβάνω και αποδέχομαι την πλήρη ευθύνη για τυχόν κινδύνους, απώλεια, βλάβη, ζημιά περιουσίας ή προσωπικής βλάβης ή θανάτου, και συμφωνώ να μην εγείρω αξίωση και να μην κινησω διαδικασίες εναντίον οποιουδήποτε προσώπου και/ή της κάθε είδους επιχείρησης και/ή εξουσιοδοτημένων λειτουργιών και/ή του Ανάδοχου Φορέα για τη διενέργεια των εξετάσεων και/ή της ΑΗΚ και/ή αρχών της Κυπριακής Δημοκρατίας από οποιαδήποτε απώλεια, ευθύνη, κόστος ή ζημιές που ενδέχεται να υποστώ ή να προκύψουν λόγω της συμμετοχής μου στις γραπτές εξετάσεις, ως αποτέλεσμα του COVID-19 και/ή για οποιαδήποτε ταλαιπωρία θα υποστώ λόγω τυχόν προληπτικών μέτρων που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια των γραπτών εξετάσεων, για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας κατά του COVID-19.

	ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ
1. Δεν είμαι επιβεβαιωμένο κρούσμα κορωνοϊού (COVID -19 / SARS-CoV 2).		
2. Τις τελευταίες 14 ημέρες δεν έχω εισέλθει στην Κυπριακή Δημοκρατία από χώρα που εμπίπτει στις χώρες Γκρίζας κατηγορίας.		
3. Δεν έχω εκδηλώσει τα ακόλουθα συμπτώματα – πυρετό, βήχα, πονόλαιμο, καταρροή, νέα δύσπνοια ή διάρροια, ναυτία, εμετό, μυαλγίες, αγγεισία ή αοσμία εντός των τελευταίων 14 ημερών.		
4. Δεν είχα άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα κορωνοϊού ή δεν έχω επισκεφτεί και/ή έχω χρειαστεί περίθαλψη σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης ή εγκατάσταση περιορισμού για θεραπεία ή καραντίνα του COVID - 19 επιβεβαιωμένων ή ύποπτων ατόμων εντός των τελευταίων 14 ημερών		

Υποβάλλω την παρούσα **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** συνειδητά και εις γνώσιν ότι κάνοντας μια ψευδή και/ή παραπλανητική δήλωση θα υπόκειμαι σε κυρώσεις, με ποινή ψευδορκίας, σύμφωνα με τους νόμους της Κυπριακής Δημοκρατίας και δηλώνω υπευθύνως ότι όλες οι πληροφορίες που έχω δώσει, είναι αληθείς.

Ημερομηνία Δήλωσης:

Όνομα (Κεφαλαία Γράμματα):

Αριθμός Ταυτότητας:

Αριθμός Υποψηφίου όπως αναγράφεται στην επιστολή της ΑΗΚ:

Αριθμός Τηλεφώνου:

Μόνιμη Διεύθυνση:

Υπογραφή: