

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Για την προστασία της υγείας όλων των υποψηφίων για τις γραπτές εξετάσεις, για τη θέση 05/2020 (Λειτουργός Διοίκησης), για διορισμό στη Ρυθμιστική Αρχή Ενέργειας Κύπρου (ΡΑΕΚ), 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):

		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 στην κατηγορία Γ.		
3)	Δεν έχω εκδηλώσει τα ακόλουθα συμπτώματα - όπως πυρετός, ανοσμία, αγευσία, βήχας, πονόλαιμο, καταρροή, νέα δύσπνοια ή διάρροια, ναυτία, εμετούς, μυαλγίες, εντός των τελευταίων 14 ημερών.		
4)	Δεν είχα άμεση επαφή με επιβεβαιωμένο ή ύποπτο κρούσμα με COVID-19 ή δεν έχω επισκεφτεί και/ή έχω χρειαστεί περίθαλψη σε εγκατάσταση υγειονομικής περίθαλψης ή εγκατάσταση περιορισμού για τη θεραπεία ή την καραντίνα του COVID-19 επιβεβαιωμένων ή ύποπτων ατόμων εντός των τελευταίων 14 ημερών.		

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, ζημία περιουσίας ή προσωπικής βλάβης ή θανάτου, και συμφωνώ να μην εγείρω αξίωση και να μη κινήσω διαδικασίες εναντίον οποιουδήποτε προσώπου (Υπεύθυνος Εξετάσεων ή/και των αρμόδιων νοσηλευτών ή/και των εξουσιοδοτημένων προσώπων για τις θερμομετρήσεις) και/ή της κάθε είδους επιχείρησης και/ή εξουσιοδοτημένων λειτουργών και/ή του Ανάδοχου Φορέα για τη διενέργεια των εξετάσεων και/ή της ΡΑΕΚ 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, συμπεριλαμβανομένου να μην μου επιτραπεί η είσοδος στο Εξεταστικό Κέντρο, λόγω τυχόν προληπτικών μέτρων που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια των γραπτών εξετάσεων, για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας κατά του COVID-19.

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:

Αριθμός Τηλεφώνου:

Μόνιμη Διεύθυνση:

Υπογραφή: