**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΥΠΟ ΜΟΡΦΗ ΕΚΘΕΣΗΣ**

**ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ**

*Σημ. 1: Πριν από την συμπλήρωση της αίτησης παρακαλώ μελετήστε τις σημειώσεις στην επόμενη σελίδα.*

*Σημ. 2: Η συμπλήρωση της αίτησης με τα ακριβή στοιχεία θα επιτρέψει την πιο αποτελεσματική και γρήγορη εξυπηρέτηση.*

*Σημ. 3: Η αίτηση να αποστέλλεται στα Κεντρικά Γραφεία ή στο Επαρχιακό Γραφείο Επιθεώρησης Εργασίας της επαρχίας όπου συνέβηκε η επαγγελματική ασθένεια – δείτε στοιχεία επικοινωνίας στην επόμενη σελίδα.*

**ΠΡΟΣ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Κεντρικά Γραφεία | Επαρχιακό Λευκωσίας | Επαρχιακό Λεμεσού | Επαρχιακό Λάρνακας | Επαρχιακό Πάφου | Επαρχιακό Αμμοχώστου |
|[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΑΙΤΗΤΡΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: |  |
| Διεύθυνση Αλληλογραφίας: |  |
| Ηλεκτρ. Διεύθυνση: |  | Τηλ: |  |

**ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΩΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ***(σημειώστε √ - βλέπετε σημ. 4)*

|  |  |
| --- | --- |
| Παθόντας/Παθούσα |[ ]  Συγγενής Παθόντα/Παθούσας *(Συγγένεια)* |[ ]
| Δικηγόρος Παθόντα/Παθούσας |[ ]  Ασφαλιστική Εταιρεία Παθόντα/Παθούσας |[ ]
| Εργοδότης / Πρόσωπο που έχει τον έλεγχο στον χώρο εργασίας όπου συνέβηκε η επαγγελματική ασθένεια |[ ]  Δικηγόρος Εργοδότη / Προσώπου που έχει τον έλεγχο στον χώρο εργασίας όπου συνέβηκε η επαγγελματική ασθένεια  |[ ]
| Ασφαλιστική Εταιρεία Εργοδότη / Προσώπου που έχει τον έλεγχο στον χώρο εργασίας όπου συνέβηκε η επαγγελματική ασθένεια |[ ]  Άλλη *(να αναφερθεί)* |[ ]

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα Παθόντα/Παθούσας: |  |
| Αρ. Ταυτότητα Παθόντα/Παθούσας: |  | Ημερ. Διάγνωσης Επαγγελματικής Ασθένειας: |  |
| Χώρος όπου συνέβηκε η Επαγγελματική Ασθένεια: |  |
| Όνομα και τηλέφωνο εργοδότη ή προσώπου που έχει τον έλεγχο στο χώρο εργασίας όπου συνέβηκε η επαγγελματική ασθένεια: |  |  |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑ**

Δηλώνω ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή.

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………** | **………………………………..** |
| Ημερομηνία | Υπογραφή και σφραγίδα *(όπου ισχύει)* αιτητή/τριας |

-------------------------------------------------

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ / ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ**

1. Η αίτηση υποβάλλεται πάντοτε σε πρωτότυπη μορφή προσωπικά ή ταχυδρομικά ή με τηλεομοιότυπο. Τα στοιχεία επικοινωνίας των Κεντρικών και Επαρχιακών Γραφείων φαίνονται πιο κάτω
2. Σύμφωνα με την ισχύουσα περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία Νομοθεσία, η υποβολή αίτησης δεν επιβάλλει στο Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας την υποχρέωση για ετοιμασία έκθεσης διερεύνησης.
3. Διευκρινίζεται ότι η έκθεση διερεύνησης για επαγγελματική ασθένεια αφορά επαγγελματική ασθένεια που έχει γνωστοποιηθεί στο εγκεκριμένο έντυπο από εργοδότη ή εξετάζοντα ιατρό σύμφωνα με τις διατάξεις των περί Ασφάλειας και Υγείας στην Εργασία (Γνωστοποίηση Επαγγελματικών Ασθενειών) Κανονισμών του 2007, περιλαμβάνει περίπτωση ασθένειας που θεωρείται ύποπτη ή πιθανό να έχει προκληθεί από την έκθεση σε κινδύνους του εργασιακού περιβάλλοντος και περιλαμβάνεται στα Παραρτήματα Ι και ΙΙ των πιο πάνω Κανονισμών (γνωστοποιήσιμη επαγγελματική ασθένεια).
4. Δικαιούχο πρόσωπο μπορεί να αιτηθεί και να εξασφαλίσει πληροφορίες υπό μορφή έκθεσης σχετικά με την επαγγελματική ασθένεια που αναφέρεται στην σημείωση / επεξήγηση 3 πιο πάνω, ή άλλη ασθένεια που δεν είναι γνωστοποιήσιμη για την οποία κατέχει αποδεικτικά στοιχεία ότι έχει προκληθεί από την έκθεση σε κινδύνους του εργασιακού περιβάλλοντος.
5. Μετά την παραλαβή της αίτησης ο αιτητής θα ενημερωθεί εάν θα του σταλεί έκθεση διερεύνησης και στην περίπτωση που θα σταλεί θα κληθεί να καταβάλει σχετικό τέλος με βάση σχετικό Διάταγμα για την καταβολή τελών που δημοσιεύτηκε στις 19.11.2021 στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.
6. Η καταβολή του σχετικού τέλους αποτελεί προϋπόθεση για την ετοιμασία και αποστολή της έκθεσης διερεύνησης και πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη της όλης διαδικασίας ετοιμασίας και αποστολής της έκθεσης διερεύνησης. Σύμφωνα με το Διάταγμα για την καταβολή τελών, για την παραχώρηση Συνοπτικής Έκθεσης Διερεύνησης σε δικαιούχα πρόσωπα καταβάλλεται τέλος €180 και για πλήρη έκθεση διερεύνησης καταβάλλεται τέλος €715.
7. Σε περίπτωση που θα απαιτηθεί χρόνος πέραν του ενός μηνός για την ετοιμασία συνοπτικής ή πλήρους έκθεσης διερεύνησης, ενημερώνεται ο/η αιτητής/τρια.

**Στοιχεία επικοινωνίας Επαρχιακών Γραφείων Επιθεώρησης Εργασίας**

|  |  |
| --- | --- |
| **Κεντρικά Γραφεία:** | Απελλή 12, 1080 Λευκωσία - Τηλ.: 22405623, Φαξ: 22663788 |
| **Επαρχιακό Λευκωσίας:** | Ανδρέα Αβρααμίδη 18, 2024 Στρόβολος – Τηλ.: 22879191-2, Φαξ: 22429178 |
| **Επαρχιακό Λεμεσού:** | Φραγκλίνου Ρούσβελτ 80, 3012 Λεμεσός - Τηλ.: 25827200-215, Φαξ: 25561412 |
| **Επαρχιακό Λάρνακας:** | Μέγαρο Κοιν. Ασφαλίσεων, Φίλιου Τσιγαρίδη, 6023 Λάρνακα – Τηλ.: 24805327-16, Φαξ: 24305130 |
| **Επαρχιακό Πάφου:** | Φιλικής Εταιρείας 1, 8047 Πάφος - Τηλ.: 26822715, Φαξ: 26822720 |
| **Επαρχιακό Αμμοχώστου:** | Λεωφ. Ελευθερίας 82, 5386 Δερύνεια – Τηλ.: 23819750-1, Φαξ:23819766 |