



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Ο περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων Νόμος
Ο περί Ετησίων Αδειών Μετ' Απολαβών Νόμος
Ο περί Τερματισμού Απασχολήσεως Νόμος
Ο περί Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Νόμος
Ο περί Ταμείου Κοινωνικής Συνοχής Νόμος
Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος



ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
1465 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

ΣΦΡΑΓΙΔΑ

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΕΙΣΦΟΡΩΝ ΓΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
ΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΡΓΟΔΟΤΕΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ**

Αριθμός Ταυτότητας	Αριθμός Εγγραφής Αλλοδαπού	Αριθμός Διαβατηρίου
.....		
Αριθμός Ασφάλισης:		
Συμπληρώνεται μόνο από πολίτες χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.		
Υπηκοότητα: Αρ. Ασφ./Αρ. Εγγραφής:		
Ονοματεπώνυμο:		
Διεύθυνση Διαμονής		
Οδός/Αριθμός:		
Ενορία/Χωριό:		
Επαρχία: Ταχ. Κώδ.:		
Αρ. Τηλ.: Αρ. Φαξ:		
Ημερομηνία έναρξης απασχόλησης:		
Δηλώνω ότι είμαι εργοδοτούμενος/εργοδοτούμενη που απασχολείται σε περισσότερους από ένα εργοδότη σε ιδιωτικά νοικοκυριά και ζητώ την έκδοση βιβλιαρίου εισφορών.		

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή. Εξουσιοδοτώ τις Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΥΚΑ) του Υπουργείου Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να επαληθεύσουν σε συνεργασία με άλλες αρμόδιες Αρχές της Δημοκρατίας, με Οργανισμούς/Φορείς/Επιχειρήσεις όσα από τα στοιχεία που περιέχονται στην αίτησή μου κρίνουν απαραίτητο.

Εγώ ο πιο κάτω υπογράφοντας δηλώνω ότι:

- Δίδω την παρούσα εξουσιοδότηση στα πλαίσια της αίτησης "για Έκδοση Βιβλιαρίου Εισφορών για Απασχόληση σε Περισσότερους από ένα εργοδότες, σε Ιδιωτικά Νοικοκυριά".
- Αντιλαμβάνομαι ότι, οι πιο πάνω πληροφορίες που με αφορούν και η πιο πάνω ενημέρωση προς τις ΥΚΑ είναι απαραίτητη, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή η εξέταση αίτησης "για Έκδοση Βιβλιαρίου Εισφορών για Απασχόληση σε Περισσότερους από ένα εργοδότες, σε Ιδιωτικά Νοικοκυριά".
- Σε περίπτωση ανάκλησης της εξουσιοδότησης αυτής, υποχρεώνομαι να ενημερώσω άμεσα το Διευθυντή των ΥΚΑ.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ενημέρωση που γίνεται με βάση το Κεφάλαιο ΙΙΙ του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του 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 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 του Συμβουλίου της 27ης 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 στα άρθρα 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 19 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (το Υπουργείο Εργασίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων/Υπηρεσίες Κοινωνικών Ασφαλίσεων).

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ

I. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΚΛΑΔΟΥ:

* Παραπέμπεται για διερεύνηση: ΝΑΙ/ΟΧΙ

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

* Εγκρίνεται από

* Απορρίπτεται.

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ημερομηνία καταχώρησης:

Υπογραφή:

II. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΗ:

.....
.....
.....
.....

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

* Διαγράφεται ανάλογα με την περίπτωση.