

Προδρόμου 1 & Χείλωνος 17, 1449 Λευκωσία,
 Τ.Θ. 25087, 1306 Λευκωσία
 Τηλέφωνο: 22 605670, 22605734

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΗ

Αίτηση για διορισμό στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών υγείας

Φωτογραφία
 (προαιρετική)

1. Να συμπληρωθεί από τον αιτητή / την αιτήτρια.
2. Η αίτηση πρέπει να συνοδεύεται με αντίγραφα των πιστοποιητικών των ακαδημαϊκών ή άλλων προσόντων και βεβαιώσεις υπηρεσίας όπου να αναφέρονται ο τίτλος της θέσης και η χρονική περίοδος εργοδότησης. Τα πρωτότυπα να παρουσιαστούν όταν ζητηθούν για έλεγχο.
3. Η αίτηση θα πρέπει να παραδοθεί στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας στη διεύθυνση Προδρόμου 1 & Χείλωνος 17, 3^ο όροφος, 1449 Λευκωσία, Κύπρος έναντι απόδειξης παραλαβής ή να αποσταλεί μέσω του ταχυδρομείου, με συστημένη επιστολή με ένδειξη: «Γενικό (Εκτελεστικό) Διευθυντή, Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, Τ.Θ. 25087, 1306 Λευκωσία.»

Θέση για την οποία υποβάλλεται η αίτηση

(Να καταχωρηθεί ο τίτλος της θέσης που επιθυμείτε να υποβάλετε αίτηση με βάση την προκήρυξη)

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

[Συμπληρώστε κατάλληλα (με κεφαλαία γράμματα ή αριθμούς) τα προσωπικά στοιχεία σας]

ΕΠΩΝΥΜΟ (Όπως αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας)	
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΕΠΩΝΥΜΟ ¹	
ΟΝΟΜΑ	
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ/ΕΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ²	
ΧΩΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ³	
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ⁴ :	
ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	

¹ Να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που διαφέρει από το επώνυμο που αναγράφεται στο δελτίο ταυτότητας

² Να επισυναφθεί αντίγραφο του δελτίου ταυτότητας – και οι δύο όψεις

³ Να συμπληρωθεί μόνο αν ο/η αιτητής/ αιτήτρια είναι εγγεγραμμένος/η στο Σύστημα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου

⁴ Να επισυναφθεί αντίγραφο του πιστοποιητικού γέννησης

Β. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:	
ΕΠΑΡΧΙΑ:	
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:	
ΤΑΧ.ΘΥΡΙΔΑ ⁵ :	
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ ΘΥΡΙΔΑΣ:	
ΧΩΡΑ:	
ΗΛ.ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ: (Πρέπει απαραίτητα να συμπληρωθεί)	

Γ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

(Να συμπληρωθεί μόνο στην περίπτωση που διαφέρει από τη διεύθυνση επικοινωνίας)

ΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:	
ΕΠΑΡΧΙΑ:	
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ:	

Δ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ:	
ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟ:	
ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ ⁵ :	

⁵ Να συμπληρωθεί εάν υπάρχει.

Ε. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

1.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις ή αν έχετε απαλλαγεί νόμιμα από αυτές. <i>(Να επισυναφθεί σχετική βεβαίωση)</i></p>	
2.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε καταδικαστεί ή εκκρεμεί εναντίον σας ποινική δίωξη για αδίκημα σοβαρής μορφής που ενέχει έλλειψη τιμιότητας ή ηθική αισχρότητα. <i>(Αν ναι, δηλώστε τη φύση του αδικήματος/παραπτώματος, την ημερομηνία καταδίκης και την ποινή που σας επιβλήθηκε. Σε περίπτωση παραγραφής της ποινής του αδικήματος ή σε περίπτωση διαγραφής της πειθαρχικής ποινής το παρόν σημείο να αγνοηθεί)</i></p>	
3.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν έχετε απολυθεί ή έχουν τερματιστεί οι υπηρεσίες σας στο παρελθόν από τη δημόσια υπηρεσία ή οποιαδήποτε υπηρεσία ή οργανισμό δημοσίου δικαίου της Κυπριακής Δημοκρατίας ή της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή οποιουδήποτε κράτους μέλους, για πειθαρχικό παράπτωμα. <i>(Αν ναι, δηλώστε τη φύση του αδικήματος/παραπτώματος, την ημερομηνία καταδίκης και την ποινή που σας επιβλήθηκε. Σε περίπτωση παραγραφής της ποινής του αδικήματος ή σε περίπτωση διαγραφής της πειθαρχικής ποινής το παρόν σημείο να αγνοηθεί)</i></p>	
4.	<p>Δηλώστε, σημειώνοντας (✓), αν καλύπτετε από τις πρόνοιες του περί Πρόσληψης Ατόμων με Αναπηρίες στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (Ειδικές Διατάξεις Νόμου του 2009 (Ν.146(I)/09) <i>(Να επισυναφθεί σχετική βεβαίωση ή/και πιστοποιητικά των θεράποντων ιατρών σας)</i></p>	

ΣΤ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ / ΠΡΟΣΟΝΤΑ

1. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ

Να αναφέρετε τα ακαδημαϊκά σας προσόντα, μέσης, ανώτερης, ανώτατης, μεταπτυχιακής, ή άλλης εκπαίδευσης χρονολογικά ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

A/A	Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Όνομα και Χώρα)	Τίτλος /Θέμα Σπουδών	Διάρκεια (Από-Μέχρι Μήνας και έτος)	Βαθμός	Ημ/νια Κτήσης
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ / ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΩΜΑΤΑ/ΦΟΡΕΙΣ

Να αναφέρετε τους επαγγελματικούς σας τίτλους χρονολογικά ξεκινώντας από το πιο πρόσφατο και τα σώματα/φορείς που είστε εγγεγραμμένοι. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

A/A	Επαγγελματικός Τίτλος	Επαγγελματικό Σώμα/Φορέας	Ημ/νια Έκδοσης Τίτλου/Εγγράφου
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

3. ΓΛΩΣΣΕΣ

Να αναφέρετε πόσο καλά γνωρίζετε την κάθε γλώσσα σημειώνοντας (✓) στο κατάλληλο κουτί. Οι αιτητές θα πρέπει να έχουν τεκμηριωμένη γνώση της γλώσσας στο επίπεδο που απαιτείται από το Σχέδιο Υπηρεσίας είτε μέσω αποδεκτών τεκμηρίων*, είτε μέσω εξετάσεων μέχρι την ημερομηνία λήξης της προθεσμίας για την υποβολή των αιτήσεων. (Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών).

*Στον πιο κάτω σύνδεσμο μπορείτε να βρείτε κατάλογο αποδεκτών τεκμηρίων της Ελληνικής, Αγγλικής, Γαλλικής και Γερμανικής γλώσσας: [http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/All/48BC956310606100C22581EF0039D6CE/\\$file/245.pdf](http://www.psc.gov.cy/psc/psc.nsf/All/48BC956310606100C22581EF0039D6CE/$file/245.pdf)

Γλώσσα	Επίπεδο Γνώσης			Αποδεικτικό/ Πιστοποιητικό γνώσης που επισυνάπτεται
	Άριστα	Πολύ Καλά	Καλά	
Ελληνική				
Αγγλική				
Γαλλική				
Γερμανική				
Άλλη (Δηλώστε)				

4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΆΛΛΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

(Να επισυναφθούν αντίγραφα των σχετικών πιστοποιητικών.)

A/A	Τίτλος Εξέτασης	Ημ/ναι Κτήσης
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:		
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		
ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΑΠΟ:	ΜΕΧΡΙ:
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ:		
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:		
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		
ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΑΠΟ:	ΜΕΧΡΙ:
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ:		
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ ΟΝΟΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ:		
ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:		
ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΑΠΟ:	ΜΕΧΡΙ:
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ/ΕΥΘΥΝΕΣ:		

** Να χρησιμοποιηθούν επιπρόσθετα φύλλα εάν χρειάζεται.*

Η. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Πριν υποβάλετε την αίτησή σας, βεβαιωθείτε ότι έχετε επισυνάψει αντίγραφα όλων των πιστοποιητικών / βεβαιώσεων που αναφέρονται σ' αυτήν. Σημειώστε √ όπου ισχύει.

A/A	Επισυννημμένα αντίγραφα	√
1	Ταυτότητα	
2	Πιστοποιητικό γεννήσεως	
3	Πιστοποιητικό Συμπλήρωσης ή Απαλλαγής από Στρατιωτικές Υποχρεώσεις	
4	Απολυτήριο Σχολής Μέσης Εκπαίδευσης	
5	Πτυχίο Πανεπιστημίου	
6	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	
7	Διδακτορικό Δίπλωμα	
8	Επαγγελματικοί Τίτλοι	
9	Πιστοποιητικά εγγραφής σε Επαγγελματικά σώματα/φορείς	
10	Αποδεικτικά / Πιστοποιητικά γνώσης γλωσσών	
11	Πιστοποιητικά επαγγελματικών και άλλων εξετάσεων	
12	Βεβαιώσεις απασχόλησης	
Άλλα		

Θ. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Από πού μάθατε για την θέση εργασίας?

- Εφημερίδα Κυπριακής Δημοκρατίας
- Ιστοσελίδα Υπουργείου Υγείας
- Ιστοσελίδα ΟΚΥΠΥ

- Αγγελία από Ιατρικό Σύλλογο
- Από φίλους
- Από _____

I. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατέγραψα στο παρών έντυπο όλα τα στοιχεία που έχουν ζητηθεί, ότι τα στοιχεία και τα επισυναπτόμενα που έδωσα είναι ακριβή και αληθή και ότι το έντυπο συμπληρώθηκε από εμένα. Αντιλαμβάνομαι ότι οποιαδήποτε σκόπιμη ανακρίβεια ή παράλειψη δυνατό να έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό μου ή την άμεση ανάκληση τυχόν διορισμού μου.

Εξουσιοδοτώ τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας ή/και οποιοδήποτε άλλο συνεργαζόμενο με τον Οργανισμό πρόσωπο όπως διατηρεί σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, στα οποία θα καταχωρούνται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν δηλωθεί στο παρόν έντυπο για σκοπούς πρόσληψης στη συγκεκριμένη θέση. Τα προσωπικά δεδομένα που περιλαμβάνονται στα αρχεία που τηρεί ο Οργανισμός, μπορούν να ανακοινώνονται ή να μεταδίδονται μεταξύ των εμπλεκόμενων κυβερνητικών υπηρεσιών.

Πληροφορούμαι ότι η διαχείριση και επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων θα γίνεται με ασφάλεια και εχεμύθεια και θα υπόκειται στις σχετικές διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας. Επίσης, πληροφορούμαι ότι έχω τα δικαιώματα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σύμφωνα του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασίας του Ατόμου) Νόμου, όπως αυτός τροποποιείται ή αντικαθίσταται, για τα οποία μπορώ να απευθυνθώ στον Υπεύθυνο Επεξεργασίας (Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας) και σε περίπτωση οποιασδήποτε διαφωνίας/αντίρρησης μου, σχετικά με την περαιτέρω διατήρηση ή/και σχετικά με τη διεξαγωγή της επικοινωνίας με ορισμένο μέσο, έχω το δικαίωμα να τη γνωστοποιήσω γραπτώς στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Ημερομηνία _____ Υπογραφή _____



ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ

Να συμπληρωθεί από τον/την αιτητή/τρια

Πλήρες Ονοματεπώνυμο:

Αρ. Ταυτ.

Θέση για την οποία υποβάλλεται η αίτηση:

Να συμπληρωθεί από τον παραλήπτη

Ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Σφραγίδα και υπογραφή παραλήπτη:

**ΠΡΟΚΥΡΗΞΗ ΤΡΙΩΝ (3) ΚΕΝΩΝ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γίνεται δεκτή η υποβολή αιτήσεων για τρεις (3) κενές θέσεις Εργοθεραπευτών/τριών, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Οι πιο πάνω θέσεις είναι Πρώτου Διορισμού. Ετήσιος μισθός €26.541.66 που θα καταβάλλεται σε δεκατρείς (13) ισόποσες δόσεις, δώδεκα από αυτές στο τέλος κάθε μήνα και η δέκατη τρίτη δόση αναλογεί στο δέκατο τρίτο μισθό και μισθοδοτική αύξηση κάθε τρία (3) χρόνια όπως θα καθορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

A. Καθήκοντα και ευθύνες:

(α) Αξιολογεί και εφαρμόζει εργοθεραπευτικές μεθόδους και προσφέρει Υπηρεσίες Εργοθεραπείας σε άτομα, ομάδες ατόμων, και οικογένειες που προσέρχονται ή παραπέμπονται σε αυτόν/ή.

(β) Οργανώνει προγράμματα σε θέματα Εργοθεραπείας στους τομείς της Πρόληψης, Θεραπείας και Αποκατάστασης.

(γ) Εκπαιδεύει ή/και συμβουλευεί άλλους λειτουργούς εντός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας ή άλλων Υπηρεσιών, και δίνει διαλέξεις σε επαγγελματίες και το κοινό.

(δ) Υποβάλλει τις απαιτούμενες εκθέσεις σε θέματα της αρμοδιότητας του.

(ε) Εποπτεύει, καθοδηγεί και εκπαιδεύει τους Βοηθούς Εργοθεραπευτές και τυχόν εξωτερικούς συνεργάτες του Τμήματος Εργοθεραπείας

(στ) Συμμετέχει στην πρακτική εκπαίδευση των φοιτητών Εργοθεραπείας των πανεπιστημιακών σχολών.

(ζ) Υπεύθυνος/η για τη διαφύλαξη, τον έλεγχο για την κατάλληλη χρήση των υλικών και του εξοπλισμού που χρησιμοποιούνται στον τομέα του/της.

(η) Εκτελεί οποιαδήποτε άλλα καθήκοντα του ανατεθούν συναφή με τα πιο πάνω.

Κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του υποχρεούται να συμμορφώνεται προς τις Νομοθετικές/Κανονιστικές, Γενικές ή Ειδικές Διατάξεις, Οδηγίες, Εγκυκλίους και Πρακτικές, όπως αυτές εφαρμόζονται στον Οργανισμό.

B. Απαιτούμενα Προσόντα :

(α) Πανεπιστημιακό δίπλωμα ή τίτλος ή ισότιμο προσόν στην Εργοθεραπεία

(β) Εγγραφή στο Μητρώο Εγγεγραμμένων Εργοθεραπευτών και Πιστοποιητικό Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

(γ) Ακεραιότητα χαρακτήρα, οργανωτική και διοικητική ικανότητα, υπευθυνότητα, πρωτοβουλία και ευθυκρισία.

(δ) Πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας. Η πολύ καλή γνώση της Ελληνικής και καλή γνώση της

Αγγλικής ή της Γαλλικής ή της Γερμανικής γλώσσας στο απαιτούμενο επίπεδο, θα πρέπει να τεκμηριώνεται από τους υποψηφίους, με βάση τα Αποδεκτά από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας Τεκμήρια Γνώσης Γλωσσών, μέχρι την ημερομηνία λήξης της υποβολής των αιτήσεων.

Γ. Διάρκεια Απασχόλησης

(1) Η απασχόληση θα είναι για τριετή θητεία, υπό τους γενικούς και ειδικούς όρους προτύπου συμβολαίου, το οποίο θα μετατρέπεται σε αορίστου χρόνου σύμφωνα με τις διατάξεις του περί εργοδοτούμενων με εργασία ορισμένου χρόνου (απαγόρευση δυσμενούς μεταχείρισης) Νόμου και των προνοιών των «οι περί Ίδρυσης του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Γενικοί) Κανονισμών του 2017»

(2) Οι πρώτοι δεκαοκτώ (18) μήνες υπηρεσίας θεωρούνται ως δοκιμαστική περίοδος κατά την οποία ο Οργανισμός επιφυλάσσει πλήρως το δικαίωμα του να τερματίσει το συμβόλαιο κατά την απόλυτη κρίση του, χωρίς προειδοποίηση ή χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση.

(3) Η απασχόληση μπορεί να τερματιστεί οποτεδήποτε είτε από τον εργοδότη είτε από τον εργοδοτούμενο, αφού δοθεί η αναγκαία προειδοποίηση που προβλέπεται στους περί Τερματισμού Απασχολήσεως Νόμους.

(4) Σε περίπτωση που η εργασία για την οποία έγινε η πρόσληψη παύσει να υφίσταται πριν τη λήξη της παρούσας σύμβασης απασχόλησης, αυτή θα τερματίζεται αυτοδικαίως.

(5) Η περίοδος απασχόλησής περιλαμβάνει και την άδεια που κερδίζεται κατά τη διάρκεια της απασχόλησης.

(6) Ανάλογα με τις ανάγκες του Οργανισμού, δυνατόν να εργάζεται και εκτός του συνηθισμένου ωραρίου εργασίας του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Δ. Γενικές Προϋποθέσεις Διορισμού

(1) Κανένας δεν διορίζεται στον Οργανισμό, εκτός εάν είναι πολίτης της Δημοκρατίας ή πολίτης κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης:

Νοείται ότι, το Υπουργικό Συμβούλιο δύναται να επιτρέψει σε ειδική περίπτωση, για εξυπηρέτηση του δημόσιου συμφέροντος, όπως πρόσωπο που δεν είναι πολίτης της Δημοκρατίας ή κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης υποβάλει αίτηση για διορισμό, σύμφωνα με τις διατάξεις των «οι περί Ίδρυσης του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Γενικοί) Κανονισμοί του 2017», όπως αυτοί εκάστοτε τροποποιούνται και σε περίπτωση επιλογής του, αυτό μπορεί να διορισθεί:

- (i) με σύμβαση για ορισμένο χρονικό διάστημα, ή
- (ii) (ii) πάνω σε μόνιμη βάση, αν το εν λόγω πρόσωπο είχε απασχοληθεί στη δημόσια υπηρεσία ή τον Οργανισμό με σύμβαση για περίοδο όχι μικρότερη από τέσσερα (4) έτη.

(2) Κανένας δε διορίζεται στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας εκτός αν συμπλήρωσε την ηλικία των δεκαεπτά (17) ετών και, νοουμένου ότι πρόκειται για πολίτη της Δημοκρατίας, έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή έχει απαλλαγεί νομίμως από αυτές.

(3) Η κρίση επί της αξίας των υποψηφίων μπορεί να απαιτήσει από αυτούς να προσέλθουν σε προφορική ή/και γραπτή εξέταση

Πέραν των πιο πάνω, ως προς τους όρους απασχόλησης θα εφαρμόζονται «οι περί Ίδρυσης του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Γενικοί) Κανονισμοί του 2017», όπως αυτοί εκάστοτε τροποποιούνται. Σε περίπτωση που οποιοδήποτε ζήτημα δεν ρυθμίζεται από τους ανωτέρω Κανονισμούς, θα εφαρμόζονται οι ισχύοντες Εσωτερικοί Κανονισμοί του Οργανισμού.

Ε. Σημείωση

Σύμφωνα με τον Κρατικό Προϋπολογισμό για το 2019 η κλίμακα μισθοδοσίας αναβαθμίστηκε από Κλ. Α5 (2η βαθμίδα) σε Κλ. Α8, Α10 και Α11. Σύμφωνα με τον Κανονισμό 18(1)(α)(iii) των περί Δημόσιας Υπηρεσίας (Απολαβές, Επιδόματα και άλλα Οικονομικά Ωφελήματα των Δημόσιων Υπαλλήλων) Κανονισμών εφόσον υπάρχει υπάλληλος με βασική αμοιβή σε οποιοδήποτε σημείο της επέκτασης προς τα κάτω της νέας κλίμακας της θέσης του, η βασική αμοιβή οποιουδήποτε νέου υπαλλήλου που προσλαμβάνεται καθορίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπερέρχει μισθολογικά από τον υπάλληλο που ήδη κατέχει τη θέση αυτή, και ο νέος αυτός υπάλληλος αρχίζει να κερδίζει προσαύξηση κάθε έξι μήνες απασχόλησης, μέχρι να φθάσει την αρχική βασική αμοιβή της νέας κλίμακας. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 10 του Κρατικού Προϋπολογισμού, κατά τα δύο πρώτα έτη της απασχόλησης, η μισθοδοσία δεν μπορεί να είναι ψηλότερη από τη μειωμένη κλίμακα εισδοχής Εργοθεραπευτή. Το ίδιο ισχύει και για εργοδοτούμενους ορισμένου χρόνου του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας.

Ζ. Υποβολή Αιτήσεων

(α) Όλες οι αιτήσεις θα πρέπει να υποβληθούν σε ειδικό έντυπο που μπορεί να εξασφαλιστεί από την ιστοσελίδα του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας www.shso.org.cy ή να αποτείνονται στα τηλέφωνα, 22605670, 22605734. Οι αιτητές, θα πρέπει να απευθύνονται στον “Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ.)” και να αναφέρουν τον τίτλο της θέσης Εργοθεραπευτή/τριας, για την οποία υποβάλλεται η αίτηση.

(β) Όλες οι αιτήσεις πρέπει να συμπληρώνονται κατάλληλα και να περιέχονται σε αυτές με ακρίβεια, όλα τα ζητούμενα στοιχεία και να τεκμηριώνονται με τα αναγκαία πιστοποιητικά, δηλαδή, αντίγραφα των απαιτούμενων πιστοποιητικών, εκπαιδευτικών, επαγγελματικών ή άλλων προσόντων που προνοούνται στην ανωτέρω παράγραφο Β, περιλαμβανόμενων και βεβαιώσεων απασχόλησης και αντίστοιχη βεβαίωση κοινωνικών ασφαλίσεων .

(γ) Όλες οι αιτήσεις θα πρέπει να παραδοθούν στα γραφεία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας μεταξύ των ωρών 8:30 - 14:30 στη διεύθυνση: 1, Προδρόμου και 17 Χείλωνος, 3ος όροφος, Κτίριο Υπουργείου Υγείας, 1449,

Λευκωσία, έναντι απόδειξης παραλαβής ή να αποσταλούν μέσω του ταχυδρομείου, με συστημένη επιστολή με ένδειξη: Προϊστάμενο Μονάδας Διαχείρισης και Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού, Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, Τ.Θ. 25087, 1309 Λευκωσία.

Η τελευταία ημερομηνία υποβολής αιτήσεων θα είναι η **27η Σεπτεμβρίου 2019 και ώρα 14.30** (θα ληφθεί υπόψη η ημερομηνία της ταχυδρομικής σφραγίδας όπου εφαρμόζεται). Αιτήσεις που δεν είναι πλήρως συμπληρωμένες, είναι εκπρόθεσμες, και δεν προσκομίζουν τις κατάλληλες βεβαιώσεις οι οποίες αφορούν τα απαιτούμενα προσόντα δεν θα λαμβάνονται υπόψη.

Πίνακας βαθμολόγησης αιτήσεων	
Κριτήρια Αξιολόγησης	
Κρ	Κριτήριο Α / ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ = βαρύτητα 1/3
1	<u>Μεταβασική Εκπαίδευση</u> Μεταπτυχιακή εξειδίκευση σε θέματα εργοθεραπείας = 0,5 Μεταπτυχιακό σχετικό με τη θέση εργασίας = 1 βαθμός Διδακτορικό σχετικό με τη θέση εργασίας = 2 βαθμοί Μεταπτυχιακό συναφές με Επαγγέλματα Υγείας= 0,5 βαθμός Διδακτορικό συναφές με Επαγγέλματα Υγείας = 1 βαθμός Μέγιστη βαθμολογία 4 βαθμοί
	Κριτήριο Β / ΠΕΙΡΑ = βαρύτητα 1/3
2	Συνολική πείρα σχετική με τη θέση εργασίας Για κάθε έτος =1 βαθμός (μέγιστο τα 10 χρόνια =10 βαθμοί) Μέγιστη βαθμολογία 10 βαθμοί
	Κριτήριο Γ / Εξετάσεις = βαρύτητα 1/3
3	Προφορική εξέταση = 1/6 Γραπτή εξέταση = 1/6 *Σε περίπτωση που θα πραγματοποιηθεί μόνο προφορική εξέταση, η βαρύτητα θα είναι 1/3