



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

Ο περί Εγγραφής Αισθητικών Νόμος του 1999 (Ν.40(Ι)/99)

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ

**ΟΝΟΜΑ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ
ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ**

--

Ονοματεπώνυμο
Ιδιοκτήτη Ινστιτούτου
Αισθητικής

--

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας Ιδιοκτήτη

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

Διεύθυνση Αλληλογραφίας Ιδιοκτήτη:

Οδός: Δήμος ή χωριό:

Ταχ. Κώδικας: Επαρχία:

Τηλ.: Φαξ: e-mail:

Ονοματεπώνυμο
Διευθυντή/Διευθύντριας
Ινστιτούτου Αισθητικής

--

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας
Διευθυντή/Διευθύντριας

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

Διεύθυνση Αλληλογραφίας Διευθυντή/Διευθύντριας:

Οδός: Δήμος ή χωριό:

Ταχ. Κώδικας: Επαρχία:

Τηλ.: Φαξ: e-mail:

Διεύθυνση Ινστιτούτου Αισθητικής:

Οδός: Δήμος ή χωριό:

Ταχ. Κώδικας: Επαρχία:

Τηλ.: Φαξ: e-mail:

- (Α) Παρακαλώ σημειώστε αν το ινστιτούτο αισθητικής εγκαθίσταται και λειτουργεί σε δικό του ανεξάρτητο και αυτοτελή χώρο, ειδικά προσαρμοσμένο για το σκοπό αυτό:

ΝΑΙ/ΟΧΙ

- (Β) Παρακαλώ σημειώστε αν το ινστιτούτο αισθητικής είναι μέρος κατοικίας ή διαμερίσματος ειδικά προσαρμοσμένος:

ΝΑΙ/ΟΧΙ

Γ. ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Αναφέρετε οποιαδήποτε πληροφορία που κατά τη γνώμη σας πρέπει να τεθεί υπόψη του Συμβουλίου:-

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

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ, η/ο υποφαινόμενος δηλώνω ότι όλες οι πιο πάνω πληροφορίες είναι αληθείς και υποβάλω την αίτησή μου για άδεια λειτουργίας ινστιτούτου αισθητικής με βάση τις πρόνοιες της σχετικής Νομοθεσίας (Ν.40(Ι)/99).

Υπογραφή: Ημερομηνία:

Ε. ΕΓΓΡΑΦΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΦΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ

1. Αντίγραφο της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος της αδειούχου αισθητικού που διευθύνει το Ινστιτούτο αισθητικής

☐

ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ

Ημερομηνία λήψης:

Ημερομηνία Εξέτασης από το Συμβούλιο:

Απόφαση Συμβουλίου:

Εγκρίνεται ☐

Δεν εγκρίνεται ☐

Σχόλια:
.....

Αριθμός Μητρώου:

Ημερομηνία Εγγραφής:

Το έντυπο μπορεί να παραδοθεί στο Υπουργείο Υγείας (4^{ος} όροφος) ή να σταλεί με το ταχυδρομείο στη Διεύθυνση:

Υπουργείο Υγείας
Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17
1448 Λευκωσία
(για Συμβούλιο Εγγραφής Αισθητικών)

Για πληροφορίες μπορείτε να αποταθείτε στο τηλέφωνο 22605701 ή στο Ηλ. Ταχυδρομείο: rca@moh.gov.cy
