

**Ο ΠΕΡΙ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΓΡΑΦΕΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΝΟΜΟΣ**  
**(Ν.125(Ι)/2007 και Ν.54(Ι)/2009)**

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ**

Η Αστυνομία Κύπρου, μετά από επανειλημμένες συσκέψεις με τις Ιατρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και σε μια προσπάθεια εξεύρεσης βέλτιστων πρακτικών για εφαρμογή του σχετικού άρθρου που αφορά την έκδοση και υποβολή ιατρικών πιστοποιητικών, όπως αυτό προβλέπεται από τη σχετική Νομοθεσία, υιοθετεί τις ακόλουθες διαδικασίες:

**1. Υποβολή ιατρικών πιστοποιητικών**

Υποχρέωση για υποβολή ιατρικών πιστοποιητικών έχουν οι πιο κάτω:

- Πρόσωπα τα οποία αιτούνται άδεια άσκησης του επαγγέλματος Φύλακα,
- Πρόσωπα τα οποία αιτούνται άδεια άσκησης του επαγγέλματος Ιδιώτη Φύλακα,

**2. Είδος Ιατρικών εξετάσεων**

Τα πιο πάνω πρόσωπα θα πρέπει να προβούν στις ακόλουθες ιατρικές εξετάσεις:

- **Κλινική εξέταση**, από Γενικό Ιατρό Κέντρων Υγείας (Εξωτερικά Ιατρεία)
- **Ακτινογραφία Θώρακα**, από ιδιωτικό Ακτινολογικό Κέντρο ή Δημόσιο Νοσοκομείο.

**3. Έντυπο << Ιστορικό Υγείας >>**

Συνημμένα σας διαβιβάζεται έντυπο που αφορά το <<ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ>> κάθε ενδιαφερόμενου/αιτητή, το οποίο να συμπληρώνεται από όλα τα πιο πάνω πρόσωπα και να παραδίδεται στον Γενικό Ιατρό κατά την κλινική τους εξέταση.

**4. Διαδικασία έκδοσης Ιατρικού Πιστοποιητικού**

Όλοι οι ενδιαφερόμενοι, θα πρέπει να παρουσιαστούν στα Κέντρα Υγείας της περιοχής τους (Εξωτερικά Ιατρεία) και να αναφέρουν ότι επιθυμούν Κλινική εξέταση από Γενικό Ιατρό, για σκοπούς εργοδότησης τους από ιδιωτικά γραφεία παροχής υπηρεσιών ασφάλειας.

Ο Γενικός Ιατρός θα εκδίδει στον ενδιαφερόμενο/αιτητή, σχετικό παραπεμπτικό για ακτινογραφία θώρακα από Δημόσιο Νοσοκομείο, την οποία θα προσκομίζει κατά την κλινική του εξέταση.

Σημειώνεται ότι οι ενδιαφερόμενοι/αιτητές μπορούν να αποταθούν για ακτινογραφία θώρακα και σε ιδιωτικά ακτινολογικά κέντρα, νοουμένου ότι θα ακολουθήσουν την προαναφερθείσα διαδικασία.

**ΤΟΝΙΖΕΤΑΙ ΟΤΙ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ <<ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ>> ΠΡΕΠΕΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΝΑ ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΑΙΤΗΣΕΩΝ. ΣΕ ΑΝΤΙΘΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Η ΑΙΤΗΣΗ ΔΕΝ ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ.**

### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Όνοματεπώνυμο.....Αρ.Δελτ.Ταυτ.....

Ημερομηνία Γεννήσεως.....Τόπος Γεννήσεως.....

Άγαμος ή Έγγαμος..... Επάγγελμα.....

A. Καπνιστής..... ΝΑΙ / ΟΧΙ.....

Αθλητικές Δραστηριότητες.....

B. Απαντήστε σημειώνοντας ένα V στο <<ΝΑΙ>> ή στο <<ΟΧΙ>> αν στο παρελθόν υποφέρατε από οποιαδήποτε διαταραχή ή ασθένεια από τις πιο κάτω:-

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ασθένειες του δέρματος		
Άσθμα		
Διαβήτη		
Φυματίωση		
Αρθρίτιδα		
Ρευματικό Πυρετό		
Ακουστικές Διαταραχές		
Ανωμαλίες της Πίεσης		
Σπονδυλοπάθεια		
Ασθένειες των νεφρών		
Καρδιοπάθεια		
Ψηλή πίεση		
Ψηλά λιπίδια στο αίμα		
Σακχαρώδης Διαβήτης		
Λιποθυμία στο παρελθόν		

Γ.

Έχετε κατά τα τελευταία 4 χρόνια τύχει παρακολουθήσεως για οποιαδήποτε **ψυχική διαταραχή ή ασθένεια ή κάκωση**; Αν <<ΝΑΙ>> περιγράψετε την, δηλώνοντας πόσο χρόνο διάρκεσε και τα αποτελέσματα τέτοιας παρακολουθήσεως, σε διαφορετική δε περίπτωση απαντήστε

<<ΟΧΙ>>.....  
.....  
.....  
.....

Δ. Οικογενειακό Ιστορικό:

- **Καρδιοπάθεια** στην οικογένεια (Πατέρας/Μητέρα, Παππούς/Γιαγιά, αδέρφια)

.....  
.....

**Ξαφνικός Θάνατος** στην οικογένεια.....  
.....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή.....