



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ  
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
1449 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.:Ι.Υ.21.11.008.04

23 Νοεμβρίου, 2009

Πρόεδρο  
Συνδέσμου Διευθυντών Κλινικών Εργαστηρίων  
Βιοϊατρικών και Κλινικών Εργαστηριακών Επιστημόνων

**Θέμα: Εφαρμογή Προγράμματος Εμβολιασμού Γρίπης Πανδημίας Α(H1N1)**

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα αφού όπως γνωρίζετε με βάση τα υφιστάμενα δεδομένα, ο εμβολιασμός Πανδημίας Γρίπης Α(H1N1) θα αρχίσει στις 23/11/09 και τα άτομα που απασχολούνται στον Τομέα της υγείας περιλαμβάνονται στις ομάδες στις οποίες συστήνεται η χορήγηση του εμβολίου. Για την εφαρμογή του Προγράμματος Εμβολιασμού θα λειτουργήσουν Κέντρα Εμβολιασμού σε όλες τις επαρχίες όπως φαίνεται στον πιο κάτω Πίνακα.

Νέο Νοσοκομείο Λευκωσίας  
Νοσοκομείο Αρχ. Μακάριος III  
Κ.Υ. Αγλαντζιάς  
Κ.Υ. Λακατάμειας  
Α.Υ.Κ. Ιδαλίου  
Α.Υ.Κ. Κλήρου  
Α.Υ.Κ. Ακακίου  
Νέο Νοσοκομείο Λεμεσού  
Παλαιό Νοσοκομείο Λεμεσού  
Κ.Υ. Λινόπετρας  
Κ.Υ. Αγίου Ιωάννη  
Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας  
Νέο Νοσοκομείο Λάρνακας  
Παλαιό Νοσοκομείο Λάρνακας  
Κ.Υ. Κοφίνου  
Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου

Γενικό Νοσοκομείο Πάφου  
Αγροτικό Νοσοκομείο Πόλεως Χρυσοχούς

Για να εμβολιαστούν τα μέλη σας θα πρέπει απαραίτητα να φέρουν μαζί τους κατάλληλα συμπληρωμένη, τη σχετική βεβαίωση για την επαγγελματική τους ιδιότητα.

— Για το σκοπό αυτό σας επισυνάπτεται σχετικό έντυπο το οποίο παρακαλώ όπως αποσταλεί σε όλα τα μέλη σας ώστε να συμπληρωθεί κατάλληλα από όσους επιθυμούν να εμβολιαστούν.

  
Fia

Δρ Χρυστάλλα Χατζηαναστασίου  
Πρώτη Ιατρική Λειτουργός  
Πρόεδρος Εθνικής Επιτροπής  
για την Αντιμετώπιση της Πανδημίας Γρίπης

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ/ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΓΙΑ ΣΚΟΠΟΥΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΜΒΟΛΙΟΥ ΓΡΙΠΗΣ Α(Η1Ν1)**

Όνοματεπώνυμο Λειτουργού: .....

Τηλ. Επικοινωνίας: ..... ΑΔΤ/ Διαβατηρίου: .....

Ημερ. Γέννησης: .....

Βεβαιώνεται ότι το πιο πάνω άτομο εργάζεται στο Νοσοκομείο/ Κλινική:  
....., και εκτελεί καθήκοντα .....  
(να αναγραφεί ο τίτλος π.χ. νοσηλεύτης/τρια, φυσιοθεραπευτής/τρια, φροντιστής/τρια ασθενών,  
καθαριστή/τρια, κ.ά).

Όνοματεπώνυμο  
Ιατρού/Υπεύθυνου Προσωπικού Κλινικής/Νοσοκομείου\*

Υπογραφή

.....

.....

Ημερομηνία: .....

Τηλ. Επικοινωνίας: .....

*\*Να σφραγίζεται με την επίσημη σφραγίδα της Κλινικής/Νοσοκομείου*