



Έδεσσα ... / ... / 20

Αρ. Πρωτ.:

**ΠΡΟΣ**  
**Τον Κ. Δ/ντή ΠΕ Πέλλας**  
**Έδεσσας**

**ΑΝΑΦΟΡΑ**  
**ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Του/της.....

.....

Πατρώνυμο .....

Κλάδου .....

Δ/ση κατοικίας .....

..... Τ.Κ. ....

Πόλη .....

Τηλ. Σταθερό .....

Τηλ. Κινητό .....

Έδεσσα ... / ... / 20....

Σας αναφέρω ότι παρουσιάστηκα σήμερα στις

... / ... / 20.... και ημέρα .....

στο Γραφείο της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας

Εκπαίδευσης Πέλλας και ανέλαβα υπηρεσία.

**Ο/Η Προσληφθείς/είσαι**

(Υπογραφή)

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται η ημερομηνία ανάληψης  
υπηρεσίας και το γνήσιο της υπογραφής  
του/της .....

..... / /202

**Ο Δ/ντης Π.Ε Πέλλας**

**Νικόλαος ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ**



## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

(ΥΠΕΧΕΙ ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΩΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|                             |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
|-----------------------------|--|--|--|-------|-------------------------------------|--|-------|--|-----|--|
| ΠΡΟΣ:                       |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
| Ο – Η Όνομα:                |  |  |  |       | Επώνυμο:                            |  |       |  |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:   |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:  |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
| Ημερομηνία γέννησης:        |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
| Τόπος Γέννησης:             |  |  |  |       |                                     |  |       |  |     |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  |  |  |       | Τηλ:                                |  |       |  |     |  |
| Τόπος Κατοικίας:            |  |  |  | Οδός: |                                     |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):   |  |  |  |       | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email): |  |       |  |     |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. δεν έχει ασκηθεί εις βάρος μου ποινική δίωξη και δεν έχω καταδικαστεί για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή για οποιοδήποτε έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής (παρ. 1, άρθ. 41, «Πειθαρχικό Δίκαιο εκπαιδευτικών δημοσίων σχολείων», Ν.4301 (ΦΕΚ Α' 223/7-10-2014)).
2. δεν εμπίπτω στα κωλύματα του άρθρου 8,<sup>1</sup> «Ποινική καταδίκη, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση», Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26 Α' /9-2-2007).
3. δεν είμαι συνταξιούχος του δημοσίου τομέα ή άλλου ασφαλιστικού φορέα και δεν ασκώ εμπορία κατ' επάγγελμα.

Ημερομηνία: ...../ ..... 20...

(Υπογραφή)

<sup>1</sup> άρθ. 8, «Ποινική καταδίκη, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση», Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26 Α' /9-2-2007)

Δεν διορίζονται υπάλληλοι:

α) Όσοι καταδικάστηκαν για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.

β) Οι υπόδικοι που έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης α', έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί.

γ) Όσοι, λόγω καταδίκης, έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή.

δ) Όσοι τελούν υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση πλήρη ή μερική) και υπό τις δύο αυτές καταστάσεις.

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

**ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΕΙ ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΜΕΣΑ. ΟΙ ΕΚΠ/ΚΟΙ ΜΕ ΤΕΚΝΑ ΠΟΥ ΦΟΙΤΟΥΝ ΣΕ ΑΝΩΤΕΡΕΣ-ΑΝΩΤΑΤΕΣ**

**ΣΧΟΛΕΣ-ΙΕΚ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΥΝ ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ[ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ 1<sup>ης</sup> ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΤΗ]**

|                             |   |  |                            |       |     |  |
|-----------------------------|---|--|----------------------------|-------|-----|--|
| ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :       | Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ Ν. ΠΕΛΛΑΣ – ΕΓΝΑΤΙΑΣ 91 58200 ΕΔΕΣΣΑ |  |                            |       |     |  |
| Ο – Η Όνομα:                |   |  | Επώνυμο:                   |       |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:   |   |  |                            |       |     |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:  |   |  |                            |       |     |  |
| Α. Φ. Μ.:                   | Α. Μ. Κ. Α. :   |  |                            |       |     |  |
| Δ. Ο. Υ.:                   | Ε – MAIL:   |  | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /19.... |       |     |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |   |  | Τηλ:                       |       |     |  |
| Δ/νση Κατοικίας:            |   |  | Οδός:                      | Αριθ: | ΤΚ: |  |
|                             |   |  |                            |       |     |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις<sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- ...1] Τα παρακάτω στοιχεία της οικογενειακής μου κατάστασης είναι αληθή.....
- ...2] Κανένα από τα παρακάτω προστατευόμενα τέκνα-μέλη της οικογένειάς μου για τα οποία δικαιούμαι οικογενειακή παροχή δεν ..... ασκεί βιοποριστικό επάγγελμα (Σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να το δηλώσετε στην υπηρεσία).....
- ...3] Τα τέκνα για τα οποία δικαιούμαι οικογενειακή παροχή με βαρύνουν σύμφωνα με το άρθρο 7 του ν.2238/1994 (\*). .....

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΜΕΛΗ)

1] Έγγαμ..... – Χήρ..... – Διαζευγμέν..... Σε διάσταση ..... Άγγαμ.....

**ΤΕΚΝΑ**

[Να γραφούν όλα τα τέκνα με τη σειρά γέννησής τους ανεξάρτητα αν για κάποια από αυτά δεν δικαιούσθαι οικ. παροχή]

| Α/Α | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ | ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | ΕΓΓΑΜΟ<br>ή ΑΓΑΜΟ | ΣΧΟΛΗ ΠΟΥ<br>ΦΟΙΤΑ | ΗΜ/ΝΙΑ Α΄<br>ΕΓΓΡΑΦΗΣ | ΠΡΟΒΑΕΠΟΜΕΝΑ<br>ΑΠΟ ΤΗ ΣΧΟΛΗ<br>ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ |
|-----|---------------|-----------------|-------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 1   |               |                 |                   |                    |                       |   |
| 2   |               |                 |                   |                    |                       |   |
| 3   |               |                 |                   |                    |                       |   |
| 4   |               |                 |                   |                    |                       |   |
| 5   |               |                 |                   |                    |                       |   |

...Οποιαδήποτε μεταβολή των παραπάνω δηλούμενων στοιχείων θα τη γνωστοποιήσω αμέσως, με άλλη δήλωσή μου, στην υπηρεσία.....

ΙΒΑΝ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ -----

Ημερομηνία: .....202  
ΤΡΑΠΕΖΑ

Ο – Η Δηλ.

Υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ  
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΠΕΛΛΑΣ

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ**

Παρακαλούμε να βεβαιώσετε **Α.** την φυσική υγεία και καταλληλότητα και **Β.** την ψυχική υγεία και καταλληλότητα του/της παρακάτω αναπληρωτή/τριας εκπαιδευτικού ΕΣΠΑ για να εργαστεί σε σχολεία της Α/θμιας Εκπ/σης όπως ορίζεται στο αρθ. 7 του Ν.4210/2013 (ΦΕΚ 254/21-11-2013 τ.Α')

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**.....  
**ΟΝΟΜΑ:**.....  
**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:**.....  
**ΑΦΜ:**.....  
**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:**.....

**Α.) ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟ Ή ΓΕΝΙΚΟ ΙΑΤΡΟ**

Όνοματεπώνυμο Ιατρού : .....

**Γνωμάτευση:**.....

**Τόπος:**.....

**Ημ/νία:**.....

Ο/Η Δηλ....      ιατρός

(Υπογραφή Σφραγίδα)

---

**Β.) ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ ΠΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟ**

Όνοματεπώνυμο Ιατρού : .....

**Γνωμάτευση:**.....

**Τόπος:**.....

**Ημ/νία:**.....

Ο/Η Δηλ....      ιατρός

(Υπογραφή Σφραγίδα)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ  
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΕ ΠΕΛΛΑΣ  
ΠΥΣΠΕ ΠΕΛΛΑΣ

Έδεσσα ... / ... / 20

Αρ. Πρωτ.: .....

**ΠΡΟΣ**  
**ΠΥΣΠΕ Πέλλας**  
**Έδεσσα**

**ΑΙΤΗΣΗ**  
**ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Του/της .....

.....

Πατρώνυμο .....

Κλάδου .....

Δ/ση κατοικίας .....

..... Τ.Κ. ....

Πόλη .....

Τηλ. Σταθερό .....

Τηλ. Κινητό .....

Παρακαλώ να μου αναγνωρίσετε την συνολική μου προϋπηρεσία σαν αναπληρωτής/τρια μέχρι και σήμερα.

(Σχ Έτη πχ 2005-2006 υπηρετήσης σαν αναπληρωτής/τρια:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Συνολική Προϋπηρεσία**

| <b>Έτη</b> | <b>Μήνες</b> | <b>Ημέρες</b> |
|------------|--------------|---------------|
|            |              |               |

Έδεσσα ... / ... / 20

**Ο/Η Προσληφθείς/είσα**

(Υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ/ΣΗΣ  
ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

...../Θ .....

..... /...../20...

Αρ. Πρωτ.: .....

**ΑΝΑΦΟΡΑ**  
**ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΕ ΣΧ. ΜΟΝΑΔΑ**

Του/της .....

.....

Πατρώνυμο .....

Κλάδου .....

Δ/ση κατοικίας .....

..... Τ.Κ. ....

Πόλη .....

Τηλ. Σταθερό .....

Τηλ. Κινητό .....

..... /..... / 20....

**ΠΡΟΣ**

**Τον Κο/α. Δ/ντή Προϊστάμενο**  
**Σχολικής Μονάδας**

Σας αναφέρω ότι παρουσιάστηκα σήμερα στις

..... /..... / 20... και ημέρα .....

στο .....

.....

Πέλλας και ανέλαβα υπηρεσία.

**Ο/Η Προσληφθείς/είσα**

(Υπογραφή)

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται η ημερομηνία ανάληψης  
υπηρεσίας και το γνήσιο της υπογραφής  
του/της .....

..... /..... /20.....

**Ο Δ/ντης της Σχ. Μονάδας**

.....



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΕΡ.Δ/ΝΣΗ Π. & Δ. ΕΚΠ. ΚΕΝΤΡ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤ/ΜΙΑΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ ΠΕΛΛΑΣ

..... / ..... / 202...

ΣΧ. ΜΟΝΑΔΑ: .....

Ταχ. Δ/ση : .....  
Ταχ. Κωδ. : .....  
Πρῶστ./Δ/ντης: .....  
Τηλέφωνο : .....  
FAX : .....  
E-MAIL : .....

ΠΡΟΣ  
Δ/ΝΣΗ ΠΕ. ΠΕΛΛΑΣ

A.) Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτικού

.....

Ειδικότητα ( ΠΕ.....) .....

Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα

| Δευτέρα                            | Τρίτη | Τετάρτη  | Πέμπτη | Παρασκευή |
|------------------------------------|-------|--|--------|-----------|
|                                    |       |  |        |           |
| <b>Εβδομαδιαίο<br/>Σύνολο Ωρών</b> |       | ** Αν πρόκειται για αλλαγή του εβδομαδιαίου προγράμματος ισχύει από ...../...../201..... |        |           |

B.) Ονοματεπώνυμο Εκπαιδευτικού

.....

Ειδικότητα ( ΠΕ.....) .....

Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα

| Δευτέρα                            | Τρίτη | Τετάρτη  | Πέμπτη | Παρασκευή |
|------------------------------------|-------|--|--------|-----------|
|                                    |       |  |        |           |
| <b>Εβδομαδιαίο<br/>Σύνολο Ωρών</b> |       | ** Αν πρόκειται για αλλαγή του εβδομαδιαίου προγράμματος ισχύει από ...../...../201..... |        |           |

Ο/Η .....

\_\_\_\_\_



ΑΙΤΗΣΗ

Προς  
ΠΥΣΠΕ ΠΕΛΛΑΣ

Επώνυμο.....

Όνομα.....

Όνομα Πατέρα.....

Όνομα Μητέρας.....

Κλάδος.....

Τόπος γέννησης.....

Έτος γέννησης.....

Τόπος κατοικίας.....

Τ.Κ.....

Αρ. Αστ. Ταυτότητας.....

Ημερ. Εκδ.....

Εκδ. Αρχή.....

Α.Φ.Μ. ....

Παρακαλώ να μου αναγνωρισθεί  
η συνάφεια του ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ/  
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ.

ΘΕΜΑ:.....

.....

...../...../20.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

**ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ  
ΓΕΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ**

|   |  |           |          |          |          |
|---|--|-----------|----------|----------|----------|
| Επώνυμο:  | Όνοματεπώνυμο πατέρα:  |           |          |          |          |
| Όνομα:  | Όνοματεπώνυμο μητέρας  |           |          |          |          |
| Κλάδος:   | Ειδικότητα (ολογράφως):                                      |           |          |          |          |
| Ημ/νία Ανάληψης υπηρεσίας:  | Σχολείο τοποθέτησης:   |           |          |          |          |
| Α.Δ.Τ.:   | Υπηκοότητα:  |           |          |          |          |
| Δ.Ο.Υ.:   | Ημ/νία Γέννησης: / /   |           |          |          |          |
| <b>Α.Φ.Μ.</b>   | <b>Α.Μ.Κ.Α.</b>  |           |          |          |          |
| Κινητό:   | Σταθερό:   |           |          |          |          |
| Δνση Ηλ/τα (email):   |  |           |          |          |          |
| Διεύθυνση κατοικίας (οδός, αριθμός):  |  |           |          |          |          |
| Πόλη:   | Τ.Κ. :   |           |          |          |          |
| Δήμος:  | Περιφερειακή Ενότητα (νομός):                                |           |          |          |          |
| Οικ. Κατάσταση: Εγγ.                      Αγαμ.                      Διαζ.                      Χηρ.<br>Κυκλώστε το σωστό |  |           |          |          |          |
| Αριθμός παιδιών<br>.....  | <b>ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙΟΥ</b> (Σε μορφή: ηη / μμ / εεεε) |           |          |          |          |
|   | 1° ΠΑΙΔΙ   | 2 ° ΠΑΙΔΙ | 3° ΠΑΙΔΙ | 4° ΠΑΙΔΙ | 5° ΠΑΙΔΙ |
| <b>Αριθμός Παιδιών που έχει ασφαλίσει ο Εκπ/κος, για Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, στο βιβλιάριο του: .....</b>            |  |           |          |          |          |

|   |                |                              |  |                         |  |
|---|----------------|------------------------------|--|-------------------------|--|
| <b>Α.Μ. ΕΦΚΑ</b>  | <b>Α.Μ.Κ.Α</b> |                              |  |                         |  |
| <b>IBAN:</b> GR   |                |                              |  |                         |  |
| <b>Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ:</b>  |                |                              |  |                         |  |
| Λαμβάνω μέχρι σήμερα επίδομα ανεργίας,( αν ναι από ποια υπηρεσία ΚΠΑ2:  | ΝΑΙ/ΟΧΙ        |                              |  |                         |  |
| Είμαι Συνταξιούχος:   |                |                              |  |                         |  |
| <p>➤ Για τη λήψη οικογενειακού επιδόματος προσκομίζεται <u>Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης</u> .</p> <p>➤ Για παιδιά άνω των 18 ετών που φοιτούν σε Σχολή ,προσκομίζεται <u>βεβαίωση φοίτησης</u>.</p> <p>Για αναπληρωτές που είναι ήδη ασφαλισμένοι και σε άλλα κλαδικά Ταμεία να συμπληρώνεται υποχρεωτικά ο παρακάτω πίνακας:</p> |                |                              |  |                         |  |
| TAMEIO  | ΝΑΙ            | Αρ. Μητρώου Κλαδικού Ταμείου | Παλιός ή Νέος Ασφαλισμένος (προ του 1993 ή μετά) | Με 5/ετία ( Ναι / Όχι ) | Συμπλήρωση 35 <sup>ου</sup> έτους ηλικίας ( για το ΤΣΜΕΔΕ) |
| ΤΕΑΧ  |                |                              |  |                         |  |
| ΝΟΜΙΚΩΝ   |                |                              |  |                         |  |
| ΤΣΜΕΔΕ  |                |                              |  |                         |  |
| ΤΣΑΥ  |                |                              |  |                         |  |
| ΑΛΛΟ  |                |                              |  |                         |  |