



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ



**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ Ν. ΧΑΝΙΩΝ
Κ.Η.Φ.Α.Π. «ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ»**
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ: Κ. ΜΑΝΟΥ 50, ΠΕΛΕΚΑΠΙΝΑ
ΠΕΡΒΟΛΙΑ ΚΥΔΩΝΙΑΣ, Τ.Κ. 73100
ΧΑΝΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΗΛ.: 2821054717
Web: www.kifap.com
e-mail: megalochari@gmail.com

Χανιά, 16/01/2017
Αρ. Πρωτ.: 08



2^η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

Ως προς τις ημερομηνίες υποβολής αιτήσεων συμμετοχής ωφελουμένων, ανάρτησης
αποτελεσμάτων και ενστάσεων και το όριο ηλικίας

Νέα ημερομηνία υποβολής μέχρι την Δευτέρα 23 Ιανουαρίου 2017 στις 14:00

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ατόμων με Αυτιστικά Στοιχεία και Νοητική Στέρση **Κ.Η.Φ.Α.Π. «Η Μεγαλόχαρη»** του Συλλόγου Προστασίας Αυτιστικών Παιδιών Ν. Χανίων, λειτουργώντας ως δικαιούχος της Πράξης «**ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ-ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑμεΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ Ν. ΧΑΝΙΩΝ (Κ.Η.Φ.Α.Π.) «Η ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ»**», στο πλαίσιο του **Επιχειρησιακού Προγράμματος «ΚΡΗΤΗ 2014-2020»**, Άξονας Προτεραιότητας 5 «Προώθηση της κοινωνικής ένταξης και καταπολέμηση της φτώχειας στην Κρήτη»,

προσκαλεί

τους τυχόν ωφελουμένους να υποβάλλουν αίτηση για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής στο Κ.Η.Φ.Α.Π. «Η Μεγαλόχαρη». Η πρόσκληση αφορά άτομα (άμεσα ωφελούμενοι) με αυτισμό ή/και νοητική στέρση που κατοικούν στο Δήμο Χανίων, τα οποία δεν λαμβάνουν ίδιου τύπου υπηρεσίες (ημερήσια φροντίδα) από άλλο φορέα και δεν αποζημιώνονται από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής τους στην Πράξη.

1. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ και ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η πράξη αφορά τη χρηματοδότηση για την υλοποίηση για **3 έτη** από το Κ.Η.Φ.Α.Π. «Μεγαλόχαρη» των παρακάτω ενεργειών:

α) Την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε **16** ωφελουμένους, 5 ημέρες εβδομαδιαίως (Δευτέρα – Παρασκευή) από 7:30 -15:30 οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Μεταφορά ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, με μεταφορικό μέσο του δικαιούχου
- Διαμονή και διατροφή (πρόχειρο γεύμα)
- Πρόγραμμα πράξεων ειδικής αγωγής (εργοθεραπεία, λογοθεραπεία, φυσικοθεραπεία κ.α.)
- Προγράμματα ατομικής ή και ομαδικής άσκησης
- Εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και την εκμάθηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής
- Δημιουργική απασχόληση και δραστηριότητες κοινωνικοποίησης



- Συμμετοχή σε προγράμματα ψυχαγωγίας, πολιτισμού και άθλησης
- β) Την υλοποίηση δράσεων δικτύωσης και συνεργασίας με κοινωνικούς φορείς / φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, τα υπό ίδρυση Κέντρα Κοινότητας, άλλες δομές παροχής παρεμφερών υπηρεσιών και την τοπική κοινότητα γενικότερα (π.χ. δήμους, αθλητικούς, πολιτιστικούς ή άλλου είδους συλλόγους, εκπαιδευτική κοινότητα κτλ), με στόχο τη διασύνδεση με την τοπική κοινότητα, την ένταξη των ωφελουμένων σε αυτήν και συνεπώς την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής σε τοπικό επίπεδο.

2. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Α. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

1. Αίτηση (συνημμένο υπόδειγμα). Η Αίτηση δύναται να υποβληθεί από τον ίδιο τον ωφελούμενο ή τον νόμιμο εκπρόσωπό του (δικαστικό συμπαραστάτη, επίτροπο ή ασκούντα την επιμέλεια του, με την προσκόμιση απαραίτητα του αντίστοιχου επίσημου έγγραφου επιμέλειας). Ειδικότερα, για τους ωφελουμένους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και εφόσον δεν έχει οριστεί νόμιμος εκπρόσωπος του, την αίτηση δύναται να υποβάλλει ο νόμιμος εκπρόσωπος του αρμόδιου φορέα, συνοδευόμενη από σχετική απόφαση υποβολής αίτησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος.
2. Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή πιστοποιητικό γεννήσεως (ωφελουμένου και γονεά/κηδεμόνα/νόμιμου εκπρόσωπου). Σε περίπτωση μη ύπαρξης των προαναφερομένων (π.χ. περιπτώσεις ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα) οποιοδήποτε άλλο έγγραφο ταυτοποίησης. Εάν ο ωφελούμενος είναι αλλοδαπός από τρίτες χώρες απαιτείται και αντίγραφο της άδειας διαμονής εν ισχύ. Εάν είναι Έλληνας ομογενής απαιτείται αντίγραφο ταυτότητας ομογενούς.
3. Αντίγραφο ή εκτύπωση Ατομικού ή οικογενειακού εκκαθαριστικού σημειώματος (ωφελουμένου και γονεά/κηδεμόνα/νόμιμου εκπρόσωπου) εφόσον το άτομο υποχρεούται να έχει καταθέσει φορολογική δήλωση για το οικονομικό έτος 2015, ή σχετική υπεύθυνη δήλωση σε περίπτωση που δεν υποχρεούται.
4. Αντίγραφο Βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του ωφελούμενου, εν ισχύ.
5. Πρόσφατο αντίγραφο Πιστοποιητικού οικογενειακής κατάστασης (ωφελουμένου και γονεά/κηδεμόνα/νόμιμου εκπρόσωπου).
6. Βεβαίωση εργασίας γονεά/κηδεμόνα/νόμιμου εκπροσώπου ή αντίγραφο της κάρτας ανεργίας του ΟΑΕΔ.
7. Εάν το άτομο που είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του συγκεκριμένου ωφελούμενου (γονεάς/κηδεμόνας) ή άλλο μέλος της οικογένειας ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, απαιτείται αντίγραφο/α βεβαίωσης πιστοποίησης της αναπηρίας του/τους εν ισχύ.
8. Πιστοποιητικό ασφαλιστικής ικανότητας (ωφελουμένου και γονεά/κηδεμόνα/νόμιμου εκπρόσωπου) ή Υπεύθυνη Δήλωση* ότι το διάστημα υποβολής της αίτησης είναι ανασφάλιστος/η.
9. Αντίγραφο βιβλιαρίου υγείας παιδιού (σελίδες εμβολιασμών).
10. Αντίγραφο απόφασης δικαστικής συμπάραστασης και απόφαση πρωτοδικείου περί τελεσιδικίας (εφόσον έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία).
11. Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 του ν. 1599/1986 του ωφελούμενου ή του νόμιμου κηδεμόνα/ εκπροσώπου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1), που να αναφέρει ότι:



- α) δεν θα λαμβάνει αποζημίωση για τις συγχρηματοδοτούμενες υπηρεσίες που του παρέχονται από το ΚΗΦΑΠ Μεγαλόχαρη από άλλη χρηματοδοτική πηγή (π.χ. ΕΟΠΥΥ) κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη, και
- β) δεν θα λαμβάνει υπηρεσίες από άλλο ΚΔΗΦ ή άλλο φορέα παροχής παρεμφερών υπηρεσιών, ο οποίος χρηματοδοτείται από εθνικούς ή/και κοινοτικούς πόρους, κατά την περίοδο συμμετοχής του στην πράξη
12. Σε περίπτωση ωφελούμενου από ίδρυμα/θεραπευτήριο/ΚΚΠΠ, κ.α.:
- α) Σχετική βεβαίωση/Υπεύθυνη Δήλωση του αρμόδιου οργάνου/νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος/θεραπευτηρίου/ΚΚΠΠ, κ.α. που να πιστοποιεί τη διαβίωση του σε αυτό και να βεβαιώνει ότι, σε περίπτωση επιλογής του αιτούντος για την συμμετοχή του στην πράξη, θα προσκομίσει στο δικαιούχο όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για το ατομικό και κοινωνικό ιστορικό του ωφελούμενου και σχετική έκθεση/αξιολόγηση του ωφελούμενου από την επιστημονική ομάδα του ιδρύματος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2).
- β) Συνοπτική έκθεση της επιστημονικής ομάδας για το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στο πρόγραμμα του ΚΔΗΦ. Στη σχετική έκθεση θα πρέπει επίσης να βεβαιώνεται ότι ο υποψήφιος ωφελούμενος συναινεί για τη συμμετοχή του στην πράξη.
- Για τους ωφελούμενους που διαβιούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης/θεραπευτήρια/ΚΚΠΠ, κ.α. η αδυναμία προσκόμισης των δικαιολογητικών/εγγράφων των ανωτέρω σημείων 2, 3, 5 και 8, δύναται να καλυφθεί με σχετική υπεύθυνη δήλωση του νόμιμου εκπροσώπου του ιδρύματος, μετά από σχετική απόφαση εξουσιοδότησης του αρμόδιου οργάνου του ιδρύματος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3).

***ΟΛΕΣ ΟΙ ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΚΕΠ ΓΙΑ ΤΟ ΓΝΗΣΙΟ ΤΗΣ ΥΠΟΓΡΑΦΗΣ**

B. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

Κατόπιν της λήξης της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων θα γίνει η επιλογή των ωφελούμενων με τη διαδικασία μοριοδότησης βάσει των παρακάτω κριτηρίων επιλογής:

1. Τύπος πλαισίου διαμονής (ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, οικογενειακό ή άλλο στεγαστικό πλαίσιο)
2. Ασφαλιστική ικανότητα του ωφελούμενου
3. Ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα (στο εισόδημα δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα)
4. Οικογενειακή κατάσταση
5. Εργασιακή κατάσταση του γονέα/νόμιμου κηδεμόνα

Αναλυτικά η μοριοδότηση των κριτηρίων έχει ως εξής:

ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ ΜΟΡΙΩΝ	
1. Τύπος πλαισίου διαμονής	Ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, θεραπευτήρια / ΚΚΠΠ, κ.α.	40
	Οικογενειακού τύπου στεγαστικές δομές (ατομική/οικογενειακή κατοικία, ΣΥΔ).	10
2. Ασφαλιστική ικανότητα	Ανασφάλιστος/η	30



	Ασφαλισμένος/η	10
3. Ύψος ατομικού ή οικογενειακού εισοδήματος	Εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας *	20
	Εισόδημα πάνω από το όριο της φτώχειας*	10
4. Οικογενειακή κατάσταση	Ύπαρξη άλλου ΑμεΑ στην οικογένεια (δεν υπολογίζεται ο αιτούμενος)	12
	Μέλη μονογονεϊκών οικογενειών	12
	Τρίτεκνοι/Πολύτεκνοι (άνω των δύο εξαρτώμενων μελών εκτός του ωφελούμενου).	8
5. Εργασιακή κατάσταση του γονέα /νόμιμου κηδεμόνα	Άνεργος/η	10
	Εργαζόμενος/η	5

* Προσδιορίζεται σύμφωνα με το κατώφλι φτώχειας της ΕΛΣΤΑΤ. Αυτό για το έτος 2014 ορίζεται σε 4.608 € για μονοπρόσωπα νοικοκυριά προσαυξανόμενα κατά το 0,5 για τον σύζυγο και για κάθε παιδί από 14 έως και 24 ετών και κατά 0,3 για κάθε παιδί κάτω των 13 ετών. Για τον υπολογισμό του διαθέσιμου εισοδήματος του νοικοκυριού, στην παρούσα πρόσκληση, λαμβάνεται υπόψη το συνολικό εισόδημα μετά την αφαίρεση του φόρου και της εισφοράς και δεν περιλαμβάνεται οποιοδήποτε επίδομα.

Προτεραιότητα συμμετοχής έχουν οι ωφελούμενοι ηλικίας 14 ετών και άνω, δηλαδή όσοι έχουν γεννηθεί το έτος 2003 και κάτω. Οι ωφελούμενοι μικρότερης ηλικίας θα μοριοδοτηθούν με τα ίδια κριτήρια και θα λάβουν την αντίστοιχη μοριοδότηση ως επιλαχόντες.

Γ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία επιλογής θα υλοποιηθεί από σχετική Επιτροπή εξέτασης/ελέγχου των αιτήσεων και επιλογής των συμμετεχόντων στην Πράξη. Ειδικότερα, η διαδικασία επιλογής θα ακολουθήσει τα παρακάτω βήματα/στάδια:

1. Εξέταση/έλεγχος των αιτήσεων και υπολογισμός του συνολικού αριθμού των συμμετεχόντων/θέσεων, σύμφωνα με τον αριθμό των αιτήσεων και την πληρότητα των δικαιολογητικών. Στο στάδιο αυτό θα εκπονηθεί σχετικός πίνακας δυνητικών συμμετεχόντων με τον αριθμό των ατόμων που οι αιτήσεις τους κρίνονται από την Επιτροπή ως πλήρεις (πληρότητα δικαιολογητικών και στοιχείων της αίτησης) και επομένως γίνονται δεκτές από την Επιτροπή.
2. Επιλογή των συμμετεχόντων στην πράξη. Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή θα καταρτίσει σχετικό πίνακα κατάταξης και επιλογής των ωφελουμένων της πράξης, συμπεριλαμβανομένων και των επιλαχόντων, οι οποίοι θα καταταγούν βάσει των κριτηρίων επιλογής (βλ. Β. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΩΝ).
3. Έκδοση απόφασης και δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων. Στο στάδιο αυτό, η Επιτροπή θα εκδώσει και θα αναρτήσει τη σχετική απόφαση με τα αποτελέσματα της διαδικασίας επιλογής. Επισημαίνεται ότι, σε περίπτωση αλλαγών ή μη συμμετοχών από πλευράς ωφελουμένων και σε κάθε περίπτωση λόγω μη υπαιτιότητας του δικαιούχου, η Επιτροπή δύναται να προβεί στις



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ



απαραίτητες αλλαγές χρησιμοποιώντας τους επιλαχόντες με βάση το συνολικό πίνακα κατάταξης.

Η ανάρτηση των πινάκων θα γίνει στις 24/01/2017, στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.kifap.com.

Οι ωφελούμενοι είναι δυνατόν να ασκήσουν **ένσταση** κατά του ανωτέρου πίνακα εντός τριών (3) ημερών από τη γνωστοποίηση του ενώπιον της επιτροπής αξιολόγησης και βαθμολόγησης του φορέα **έως την Πέμπτη 26/01/2017 και ώρα 14:00**, ιδιοχειρώς ή με φαξ στο 2821054717. Μετά τη διαδικασία αξιολόγησης των ενστάσεων, θα αναρτηθεί ο **Οριστικός Πίνακας Κατάταξης των ωφελουμένων και επιλαχόντων στις 27/01/2017** στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.kifap.com.

3. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ

Η αίτηση θα πρέπει να κατατεθεί εις διπλούν, πρωτότυπη και αντίγραφο αυτής. Έξω από τον φάκελο, που θα περιλαμβάνει την αίτηση και τα δικαιολογητικά, θα πρέπει να αναγράφονται ευκρινώς:

- Τα στοιχεία του ωφελουμένου
- Η ένδειξη «Για την Πρόσκληση Εκδήλωσης Ενδιαφέροντος της Πράξης «ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ-ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑμεΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ Ν. ΧΑΝΙΩΝ (ΚΗΦΑΠ) «Η ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ»

Οι αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά μπορούν να υποβληθούν ιδιοχειρώς ή ταχυδρομικώς ή με υπηρεσία ταχυμεταφοράς (courier) στο Κ.Η.Φ.Α.Π. «ΜΕΓΑΛΟΧΑΡΗ», στη διεύθυνση: Κ. ΜΑΝΟΥ 50, ΠΕΛΕΚΑΠΙΝΑ-ΠΕΡΒΟΛΙΑ ΚΥΔΩΝΙΑΣ, Τ.Κ. 73100, ΧΑΝΙΑ ΚΡΗΤΗΣ **μέχρι και τη Δευτέρα 23/01/2017 και ώρα 14:00**.

Από τις αιτήσεις που θα υποβληθούν με οποιονδήποτε από τους ανωτέρω τρόπους, θα ληφθούν υπόψη μόνον αυτές που έχουν παραληφθεί και πρωτοκολληθεί μέχρι 23/01/2017 και ώρα 14:00, δηλαδή έως την καταληκτική ημερομηνία και ώρα υποβολής.

4. ΠΑΡΟΧΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΓΓΡΑΦΩΝ

Η παρούσα πρόσκληση, με την αίτηση και τα δικαιολογητικά, διατίθεται από το Κ.Η.Φ.Α.Π. Μεγαλόχαρη και αναρτάται στην ιστοσελίδα του κέντρου, στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.kifap.com, καθώς επίσης και στις ιστοσελίδες της Ε.Σ.Α.ΜεΑ., της Π.Ο.Σ.Γ.Κ.Α.ΜεΑ., της Περιφερειακής Ενότητας Χανίων και του Δήμου Χανίων.

Επιπλέον, διατίθεται στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου Χανίων και της Περιφερειακής Ενότητας Χανίων, όλα τα ΚΕΠ που υπάγονται στο Δήμο Χανίων καθώς επίσης και σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.

Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις, οι ενδιαφερόμενοι μπορούν:

Να στείλουν τα ερωτήματα τους στο e-mail του Κέντρου (www.kifap.com)

Να επικοινωνήσουν στη Γραμμή Ενημέρωσης η οποία θα λειτουργεί για όλο το διάστημα που ο φορέας θα δέχεται αιτήσεις και για όλο το 24ωρο. Ο αριθμός της γραμμής ενημέρωσης θα είναι 2821054717 και υπεύθυνοι επικοινωνίας θα είναι οι κ. Χουδαλάκη Ελένη, Υπεύθυνη Λειτουργίας ΚΗΦΑΠ και κ. Μπαντιά Ερωφίλη, Κοινωνική Λειτουργός ΚΗΦΑΠ.

Να προσέλθουν στο ΚΗΦΑΠ Μεγαλόχαρη (Κ. Μάνου 50, Πελεκαπίνα, Δευτέρα-Παρασκευή 9:00-14:00).



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Ε.Π. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ



**Η ΠΡΑΞΗ ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
(ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ)**

ΧΑΝΙΑ, 16/01/2017

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗΣ

- 1. ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**
- 2. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**
- 3. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2**
- 4. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**