

Ε.Ε. Παρ. ΙΙΙ(Ι)  
Αρ. 6039, 7.8.2026  
Αριθμός 314

Κ.Δ.Π. 314/2026

Ο ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ  
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2026

Γνωστοποίηση σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 14

96(Ι) του 2026. Η Αναπληρώτρια Διευθύντρια του Τμήματος Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες ασκώντας τις εξουσίες που της παρέχονται σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 14 του περί της Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου γνωστοποιεί τα ακόλουθα:

Έντυπο Αίτησης  
για Επίδομα  
Προσωπικής  
Βοήθειας και Κατ'  
Οίκον Φροντίδας  
Ατόμων με  
Αναπηρίες.

1. Στο Παράρτημα 1, το Έντυπο Αίτησης για Επίδομα Προσωπικής Βοήθειας και Κατ' Οίκον Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίες.

Έντυπο  
Απόφασης για  
Επίδομα  
Προσωπικής  
Βοήθειας και Κατ'  
Οίκον Φροντίδας  
Ατόμων με  
Αναπηρίες.

2. Στο Παράρτημα 2, το Έντυπο Απόφασης για Επίδομα Προσωπικής Βοήθειας και Κατ' οίκον Φροντίδας Ατόμων με Αναπηρίες.

Έγινε στις 5 Αυγούστου 2026.

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΦΛΟΥΡΕΝΤΖΟΥ – ΚΑΚΟΥΡΗ,  
Αν. Διευθύντρια Τμήματος  
Κοινωνικής Ενσωμάτωσης  
Ατόμων με Αναπηρίες.

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

(πριν συμπληρώσετε την αίτηση παρακαλείστε να μελετήσετε τις συνημμένες πληροφορίες)

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΗΤΗ:**

|                                                                                                                                    |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Όνομα:.....                                                                                                                     | 2. Επώνυμο:.....                                                                                           |
| 3. Αρ. Ταυτότητας:.....                                                                                                            | 4. Αρ. Κοιν. Ασφαλίσεων:.....                                                                              |
| 5. Ημερ. Γέννησης:.....                                                                                                            | 6. Υπηκοότητα:.....                                                                                        |
| 7. Διεύθυνση:.....                                                                                                                 | 8. Δήμος/Κοινότητα:.....                                                                                   |
| 9. Ταχυδρ. Κώδικας:.....                                                                                                           | 10. Τηλ. οικίας:.....                                                                                      |
| 11. Τηλ. κινητό:.....                                                                                                              | 12. Τηλ. εργασίας:.....                                                                                    |
| 13. Επάγγελμα:.....                                                                                                                | 14. Διαμονή σε Στέγη Ηλικιωμένων και Αναπήρων (κυκλώστε):<br>ΝΑΙ / ΟΧΙ <b>Εάν ναι να συμπληρωθεί το 14</b> |
| 15. Στοιχεία Στέγης Ηλικιωμένων και Αναπήρων:<br>Όνομα Στέγης:..... Διεύθυνση: .....<br>Τηλ.: ..... Ονοματεπώνυμο Υπεύθυνου: ..... |                                                                                                            |
| 16. Οικογενειακή Κατάσταση (κυκλώστε) :<br>Έγγαμος/η Άγαμος/η Χήρος/α Διαζευγμένος/η                                               | 17. Ημερομηνία εμφάνισης της αναπηρίας:.....                                                               |
| 18. Σύντομη περιγραφή της αναπηρίας:<br>.....<br>.....<br>.....                                                                    |                                                                                                            |

**Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ / ΚΗΔΕΜΟΝΑ / ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ:** (Να συμπληρωθεί μόνο σε περίπτωση αιτητή που δεν έχει συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος ηλικίας ή που έχει κηδεμόνα / διαχειριστή περιουσίας ή που η αναπηρία του δεν του επιτρέπει να υποβάλει προσωπικά την αίτηση)

|                                                            |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1. Όνομα:.....                                             | 2. Επώνυμο:.....   |
| 3. Αρ. Ταυτότητας:.....                                    | 4. Επάγγελμα:..... |
| 5. Ιδιότητα (συγγένεια / σχέση) ως προς τον αιτητή : ..... |                    |

**Γ. ΛΟΓΟΣ ΑΙΤΗΣΗΣ (παρακαλώ δείτε ορισμούς δικαιούχων στο μέρος Ε):**

| Ανάγκες προσωπικής βοήθειας και κατ' οίκον φροντίδας λόγω αναπηρίας τύπου και έκτασης (Σημειώστε με ✓): |  |                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--|
| Βαριά κινητική αναπηρία                                                                                 |  | Παραπληγία                                                                |  |
| Παραπληγία με ενισχυμένες ανάγκες φροντίδας                                                             |  | Τετραπληγία                                                               |  |
| Τετραπληγία με ενισχυμένες ανάγκες φροντίδας                                                            |  | Τυφλός/ή                                                                  |  |
| Σοβαρή αναπηρία ή μέτρια νοητική αναπηρία                                                               |  | Αναπηρία και σοβαρές ανάγκες προσωπικής βοήθειας και κατ' οίκον φροντίδας |  |

.....  
Ημερομηνία.....  
Υπογραφή αιτητή

#### Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ο αιτητής θα κληθεί σε αξιολόγηση αναπηρίας από το Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας του Τμήματος και θα πρέπει να συμπληρώσει Υπεύθυνη Δήλωση του, για τη συγκατάθεση του για τη διενέργεια της αξιολόγησης, για την γνησιότητα όλων των στοιχείων που υποβάλλει προς το Τμήμα, για την εξουσιοδότηση του προς το Τμήμα για επαλήθευση των στοιχείων, καθώς και για τη χρήση των προσωπικών του δεδομένων, για τους σκοπούς εξέτασης της αίτησης και διαχείρισης των κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών προς τον δικαιούχο.

Με την έννοια «αξιολόγηση της αναπηρίας» εννοείται η αξιολόγηση που διενεργείται από Επιτροπή δύο ή περισσότερων ιατρών ή άλλων επαγγελματιών υγείας ή και άλλων ειδικών, με ειδικότητες άμεσα συνυφασμένες με την αναπηρία που αντιμετωπίζει ο αιτητής. Ο στόχος της αξιολόγησης της αναπηρίας είναι να πιστοποιήσει, να περιγράψει και να τεκμηριώσει την ύπαρξη της αναπηρίας και του βαθμού της και να γνωματεύσει κατά πόσο τα δεδομένα της αναπηρίας του ατόμου ικανοποιούν τα κριτήρια και προϋποθέσεις για το Επίδομα Προσωπικής Βοήθειας και κατ' Οίκον Φροντίδας, που καθορίζει ο περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμος, Ν.96(Ι)/2026.

Για την εξέταση της αίτησης απαιτούνται:

- **Πρόσφατη πρωτότυπη αναφορά θεράποντος ιατρού** (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)  
*Στην περίπτωση αναγκών ενισχυμένης φροντίδας παραπληγικών ή τετραπληγικών ή τυφλού ατόμου απαιτείται ειδικό έντυπο αναφοράς ιατρού ή οφθαλμιάτρου.*  
*Σε περίπτωση που έχετε ήδη προσκομίσει πρωτότυπη αναφορά θεράποντος ιατρού εντός του τελευταίου έτους και η κατάσταση σας δεν έχει διαφοροποιηθεί τότε δεν χρειάζεται να προσκομίσετε νέα αναφορά θεράποντος ιατρού.*
- **Κλινικές ή και Εργαστηριακές Εξετάσεις** (εάν υπάρχουν)
- **Εξιτήρια από Νοσηλευτικά Ιδρύματα** (εάν υπάρχουν)
- **Πρόσφατες αναφορές άλλων θεραπόντων επαγγελματιών ή συμβούλων για την κατάσταση αναπηρίας του αιτητή** (εάν υπάρχουν ή εάν ζητηθούν από το Τμήμα)
- **Πρωτότυπη Υπεύθυνη Δήλωση** (στο καθορισμένο έντυπο του Τμήματος)
- **Αντίγραφο Πιστοποιητικού γέννησης** (δεν απαιτείται εάν έχει ήδη προσκομιστεί για προηγούμενη αίτηση προς το Τμήμα)
- **Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας** (δεν απαιτείται εάν έχει ήδη προσκομιστεί για προηγούμενη αίτηση προς το Τμήμα)
- **Για πολίτες κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης** να επισυναφθούν πιστοποιητικά τα οποία αποδεικνύουν την μόνιμη διαμονή στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές για τουλάχιστον 12 μήνες πριν την ημερομηνία υποβολής της αίτησης (όπως Πιστοποιητικό Εγγραφής MEU1 ή MEU3 μαζί με Λογαριασμούς Κοινής Ωφελείας ΑΗΚ ή Υδατοπρομήθειας, ή /και Λογαριασμού Σταθερού Τηλεφώνου ή/ και Κατάσταση Ασφαλιστέων Αποδοχών Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή/και Χαρτοσημασμένο Ενοικιαστήριο Συμβόλαιο)
- **Για πολίτες του Ηνωμένου Βασιλείου** ισχύει ό,τι ακριβώς για τους πολίτες κρατών μελών της ΕΕ νοουμένου ότι διέμεναν πριν από τις 01/02/2020 στις ελεγχόμενες από την Κυπριακή Δημοκρατία περιοχές και συνεχίζουν να διαμένουν.
- **Για αναγνωρισμένους πρόσφυγες και κατόχους καθεστώτος συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας** να επισυναφθούν είτε επιστολή της Υπηρεσίας Ασύλου με την οποία έχει παραχωρηθεί στον αιτητή το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας είτε Άδεια Παραμονής σε ισχύ του Τμήματος Αρχείου Πληθυσμού και Μετανάστευσης στην οποία να αναγράφεται το αναγνωρισμένο καθεστώς πρόσφυγα ή συμπληρωματικής ή προσωρινής προστασίας, καθώς επίσης και τον τελευταίο λογαριασμό κοινής ωφέλειας (ΑΗΚ ή Υδατοπρομήθειας) ή /και Λογαριασμού Σταθερού Τηλεφώνου ή/και Χαρτοσημασμένο Ενοικιαστήριο Έγγραφο ή/και Αναλυτική Κατάσταση Ασφαλιστέων Αποδοχών Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οι συμπληρωμένες αιτήσεις μαζί με τα απαραίτητα πιστοποιητικά μπορούν:

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Να παραδίδονται:               | <p>Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες<br/>Λεωφ. Αρχιεπισκόπου Μακαρίου ΙΙΙ, αρ. 67, Λατσία ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού<br/>Αποστόλου Ανδρέα 11, Hyper Tower, Καταστ. 1, 4007 Μέσα Γειτονιά, Λεμεσός ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας<br/>Ακροπόλεως 25 &amp; Χανίων, 7000 Μενεού, Λάρνακα</p> |
| Να αποστέλλονται ταχυδρομικώς: | <p>Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες, 1430 Λευκωσία ή<br/>Τ.Θ. 12833, 2253 Λατσία ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λεμεσού, Τ.Θ. 70801, 3803 Λεμεσός ή</p> <p>Κέντρο Αξιολόγησης Αναπηρίας Λάρνακας, Τ.Θ. 43241, 7565 Κίτι, Λάρνακα</p>                                                                                 |

## Ε. ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Σύμφωνα με τον περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμο, **N.96(I)/2026**, οι ορισμοί των δικαιούχων για το Επίδομα Προσωπικής Βοήθειας και κατ' Οίκον Φροντίδας είναι οι ακόλουθοι:

**«Άτομο με βαριά κινητική αναπηρία»** σημαίνει άτομο το οποίο δεν μπορεί να βαδίζει και έχει ανάγκη συνεχούς και μόνιμης χρήσης αναπηρικού τροχοκαθίσματος ή μπορεί να βαδίζει σε πολύ μικρές αποστάσεις σε ομαλό έδαφος με τη χρήση βοηθητικών μέσων όπως βακτηρίας, περπατούσας ή ειδικών στηριγμάτων στα πόδια.

**«Άτομο με παραπληγία»** σημαίνει άτομο με μόνιμο και πλήρη περιορισμό της λειτουργίας της βάδισης ακόμα και με τη χρήση βοηθητικών μέσων ή προσωπικής βοήθειας και το οποίο έχει ανάγκη για συνεχή και μόνιμη χρήση τροχοκαθίσματος για τη διακίνησή του ή άτομο χωρίς περιορισμό στη λειτουργία της βάδισής του αλλά με μόνιμο σοβαρό ή πλήρη περιορισμό της λειτουργίας και των δύο άνω άκρων του, σε βαθμό που να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί για βασικές ανάγκες της καθημερινής ζωής, περιλαμβανομένης της σίτισης ή/και της ένδυσης και χρειάζεται τη συνδρομή άλλου ατόμου.

**«Άτομο με τετραπληγία»** σημαίνει άτομο με μόνιμο και πλήρη περιορισμό της λειτουργίας της βάδισης ακόμα και με τη χρήση βοηθητικών μέσων ή προσωπικής βοήθειας και το οποίο έχει ανάγκη για συνεχή και μόνιμη χρήση τροχοκαθίσματος για τη διακίνησή του και επιπρόσθετα αντιμετωπίζει μόνιμο σοβαρή ή πλήρη περιορισμό της λειτουργίας και των δύο άνω άκρων του, σε βαθμό που να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί για βασικές ανάγκες της καθημερινής ζωής, περιλαμβανομένης της σίτισης ή/και της ένδυσης και χρειάζεται τη συνδρομή άλλου ατόμου.

**«Ενισχυμένη φροντίδα»** σημαίνει εξειδικευμένη και αυξημένη φροντίδα που παρέχεται σε άτομο με παραπληγία ή τετραπληγία, λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου.

**«Τυφλό άτομο»** σημαίνει άτομο που αποδεδειγμένα η οξύτητα της όρασης και των δύο οφθαλμών του είναι τέτοια, ώστε αυτή στον καλύτερο οφθαλμό να μην υπερβαίνει, έστω και με διορθωτικούς φακούς, τα έξι εξηκοστά (6/60).

**«Άτομο με αναπηρία»** σημαίνει φυσικό πρόσωπο, παιδί ή ενήλικα, που έχει μακροχρόνιες σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές ή ψυχικές διαταραχές οι οποίες, κατά την αλληλεπίδραση τους με διάφορα εμπόδια, δυνατόν να εμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή του στην κοινωνία σε ίση βάση με άλλους. Περιλαμβάνει, ανάλογα με τον τύπο των εν λόγω διαταραχών, άτομα με κινητική, άλλη σωματική, οπτική, ακουστική, νοητική ή ψυχική αναπηρία ή συνδυασμό αυτών και, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης αναπηρίας, άτομα με ήπια, μέτρια, σοβαρή ή ολική αναπηρία.

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 1 του Παραρτήματος 2 του Ν.96(I)/2026**, καθορίζεται ως σκοπός του Επιδόματος Προσωπικής Βοήθειας και κατ' Οίκον Φροντίδας η υποστήριξη του ατόμου με αναπηρία να αντιμετωπίσει το κόστος που επωμίζεται για να εξασφαλίσει ανάλογα με το πώς, πού και τι, το ίδιο το άτομο επιθυμεί για την υποστήριξη της καθημερινής ανεξάρτητης διαβίωσής του, με ή χωρίς την απασχόληση οποιουδήποτε άλλου προσώπου, μία ή περισσότερες από 15 υπηρεσίες που καθορίζονται στον Πίνακα.

Η αξιολόγηση και πιστοποίηση της αναπηρίας και των εξατομικευμένων αναγκών για προσωπική βοήθεια και κατ' οίκον φροντίδα λαμβάνει υπόψη, μεταξύ άλλων, το επίπεδο λειτουργικής υποστήριξης που απαιτείται λόγω της αναπηρίας, τον βαθμό σοβαρότητας των αναγκών του αιτητή για υποστήριξη στην επιτέλεση μερικών ή όλων των βασικών προσωπικών ή και οικιακών δραστηριοτήτων του όπως καθορίζονται στον Πίνακα, τον αριθμό των ωρών κατά τη διάρκεια της ημέρας ή/και της νύχτας κατά τις οποίες χρειάζεται υποστήριξη, ο αριθμός των προσώπων από τα οποία χρειάζεται υποστήριξη, ο βαθμός ανάγκης προστασίας στην περίπτωση διαταραχών συμπεριφοράς ή στην περίπτωση κινδύνου ζωής.

Ο δικαιούχος αφού παραλάβει από το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες την απόφαση για παροχή του Επιδόματος Προσωπικής Βοήθειας και κατ' Οίκον Φροντίδας, προχωρά με ελεύθερη επιλογή των τρόπων διασφάλισης της υποστήριξης ανεξάρτητης διαβίωσης του περιλαμβανομένης της χρησιμοποίησης άτυπων προσωπικών βοηθών και φροντιστών.

**«Άτυπος προσωπικός βοηθός ή φροντιστής»** σημαίνει φυσικό πρόσωπο που παρέχει σε άτομο με αναπηρία υπηρεσίες που καλύπτει το Επίδομα Προσωπικής Βοήθειας και Κατ' Οίκον Φροντίδας και καθορίζονται στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος 2 του Ν. 96(I)/2026, χωρίς να υπάρχει σχέση εργοδότη και εργοδοτούμενου και περιλαμβάνει τους συγγενείς του ατόμου με αναπηρία οποιουδήποτε βαθμού.

**Στον Πίνακα Α του Πίνακα 1**, όπως έχει γνωστοποιηθεί στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας με την **Κ.Δ.Π. 286/2026 στις 10.7.2026**, παρουσιάζονται όλα τα επίπεδα του μηνιαίου Επιδόματος Προσωπικής Βοήθειας και κατ' Οίκον Φροντίδας στη βάση των εξατομικευμένων αναγκών και δεδομένων των δικαιούχων, που ισχύουν από την 1.8.2026.



Αρ. Φακ.: .....

Αρ. Τηλ.: .....

Ημερομηνία: .....

Όνομα Παραλήπτη: .....

Διεύθυνση Παραλήπτη: .....

Το έγγραφο αυτό περιέχει πληροφορίες που ενδείκνυται να τύχουν χειρισμού με βάση την αρχή της Ανάγκης Γνώσης (Εγκύκλιος Τ.Δ.Δ.Πρ. αρ. 1575, ημερ. 24.5.2018)

Κυρία/Κύριε,

**ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**  
**ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

**στην περίπτωση έγκρισης**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία ..... για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας έχει εγκριθεί, αφού ικανοποιεί όλα τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Το ύψος του επιδόματος για το οποίο έχετε εγκριθεί ανέρχεται σε €..... μηνιαίως και θα ξεκινήσει να σας καταβάλλεται με αναδρομική ισχύ από την ημερομηνία παραλαβής της αίτησης σας, με τους πιο κάτω όρους και προϋποθέσεις:

(α) .....

(β) .....

**ή στην περίπτωση απόρριψης**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην αίτησή σας με ημερομηνία ..... για την παροχή του πιο πάνω επιδόματος και να σας πληροφορήσω ότι η αίτησή σας δεν έχει εγκριθεί, αφού δεν πληροί τα κριτήρια και προϋποθέσεις του περί Κοινωνικής Συμμετοχής, Συμπερίληψης και Ανεξάρτητης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες Νόμου, Ν.96(Ι)/2026.

2. Συγκεκριμένα, οι λόγοι της απόρριψης είναι:

(α) .....

(β) .....

3. Ενημερώνεστε ότι έχετε το δικαίωμα, εντός ενός μηνός από την ημερομηνία της παρούσας επιστολής, να υποβάλετε Ιεραρχική Προσφυγή στην Υφυπουργό Κοινωνικής Πρόνοιας για την απόρριψη της αίτησης σας και να ζητήσετε επανεξέτασή της αιτιολογώντας αναλυτικά τους λόγους διαφωνίας σας και προσκομίζοντας οποιαδήποτε νεότερα στοιχεία θεωρείτε χρήσιμα ή σας ζητηθούν.

Με εκτίμηση,

(.....)  
για Αν. Διευθύντρια