ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΑΙΤΗΣΗ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ Ή ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ (ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: ΕΖΠΘΜ-1

Για χρήση μόνο από το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ)															
Ημερομηνία Παραλαβής από το ΣΙΥΑ															
Τρόπος αποστολής του εντύπου στο ΣΙΥΑ															
Με το χέρι:															
Με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο:															
Με φαξ:															
Με το ταχυδρομείο:															
Με άλλο τρόπο (εξηγείστε):															
Ονοματεπώνυμο του ατόμου που παρέλαβε το έντυπο εκ μέρους του ΣΙΥΑ:															
Αριθμός αίτησης από το ΣΙΥΑ:	**2**	**0**	**2**	**6**	**-**	**Ζ**	**Π**	**Θ**	**Μ**	**-**					

Να γραφεί πιο κάτω ο αριθμός του Δελτίου Ταυτότητας και το ονοματεπώνυμο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας.														
Δ	**Τ**													
Όνομα							**Επίθετο**							

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΑΙΤΗΣΗ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ Ή ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ (ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: ΕΖΠΘΜ-1

Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται και να υπογράφεται από το ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί μέσω Παρένθετης Μητέρας σύμφωνα με το Άρθρο 23 του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο του 2015 όπως τροποποιήθηκε. Το ζευγάρι ή η μονήρης γυναίκα πρέπει να επιβεβαιώσει τοποθετώντας, στα κατάλληλα πεδία δεξιά του πιο κάτω Πίνακα, ένα "Χ" ότι επισυνάπτει, με την αίτηση του, και τα εξής στοιχεία:

1. Φωτοτυπία της ταυτότητας της Τεκμαιρόμενης Μητέρας:	
2. Φωτοτυπία της ταυτότητας του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας:	
3. Φωτοτυπία πιστοποιητικού γάμου ή πιστοποιητικού πολιτικής συμβίωσης ή πρωτότυπη ένορκη δήλωση ότι το ζευγάρι διατηρεί σταθερή και μόνιμη σχέση:	
4. Το πρωτότυπο ιατρικής έκθεσης στο έντυπο ΕΖΠΘΜ-2 από εγγεγραμμένο Γυναικολόγο/Μαιευτήρα ο/η οποίος/α έχει εξετάσει αυτοπροσώπως, στην Κύπρο, τη Τεκμαιρόμενη Μητέρα και αναφέρει ότι είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει, αλλά και για τα αποτελέσματα άλλων εξετάσεων τα οποία έχουν διεκπεραιωθεί στην Κύπρο (η έκθεση πρέπει να έχει εκδοθεί μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ):	
5. Την πρωτότυπη αξιολόγηση στο έντυπο ΕΖΠΘΜ-3 της Τεκμαιρόμενης Μητέρας ή/και του συζύγου/συντρόφου της από εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο. Η αξιολόγηση πρέπει να έχει γίνει αυτοπροσώπως στην Κύπρο (η αξιολόγηση πρέπει να έχει γίνει μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ):	
6. Πρωτότυπο γραπτής δήλωσης από όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα για την αποδοχή της διαδικασίας απόκτησης τέκνου με Παρένθετη Μητέρα στην απουσία οικονομικού ανταλλάγματος στο έντυπο ΕΖΠΘΜ-4 (η δήλωση πρέπει να έχει γίνει μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ):	
7. Πρωτότυπο πιστοποιητικό που εκδίδεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 22 του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, της Σεξουαλικής Εκμετάλλευσης Παιδιών και της Παιδικής Πορνογραφίας Νόμου και αφορά το ζευγάρι ή την μονήρη γυναίκα (το πιστοποιητικό πρέπει να έχει εκδοθεί μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ):	
8. Κατάθεση τέλους για την αίτηση (€150) στον τραπεζικό λογαριασμό του Συμβουλίου Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (αναγράφεται στη σελίδα 3/8):	

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

Εάν οι πληροφορίες που θα συμπεριληφθούν στο έντυπο αυτό αποδειχθούν ότι δεν είναι σωστές, τότε οι αποφάσεις που θα ληφθούν από το Συμβούλιο ΙΥΑ θα παύσουν να ισχύουν άμεσα.

Κατά την συμπλήρωση του εντύπου αυτού, το ζευγάρι ή η μονήρης γυναίκα πρέπει να υπογράφει όλες τις σελίδες επιβεβαιώνοντας έτσι ότι συμφωνεί απόλυτα με τις διαδικασίες για απόκτηση παιδιού με Παρένθετη Μητέρα.

Δεν πρέπει να γράφεται οτιδήποτε σε οποιοδήποτε σκιασμένο μέρος του εντύπου αυτού.

Εάν τα έντυπα της αίτησης αυτής ή/και τα πιστοποιητικά που χρειάζονται αποσταλούν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή/και με φαξ, τότε απαιτείται η κατάθεσή τους σε πρωτότυπη μορφή.

Ο τραπεζικός λογαριασμός του Συμβουλίου Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής για το τέλος της αίτησης (€150) είναι:

Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
Τράπεζα Κύπρου
IBAN: CY77002001950000357026090003
BIC: BCYPCY2N

Συντομογραφίες που μπορεί να χρησιμοποιούνται στο έντυπο αυτό:
ΙΥΑ= Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή
ΜΙΥΑ= Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
ΣΙΥΑ= Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
Ορισμοί που μπορεί να χρησιμοποιούνται στο έντυπο αυτό:
Τεκμαιρόμενη Μητέρα = η γυναίκα που δεν μπορεί να κυοφορήσει για ιατρικούς λόγους και επιθυμεί, με τον σύζυγο/σύντροφο της, να αποκτήσει παιδί μέσω Παρένθετης Μητέρας.
Παρένθετη Μητέρα = η γυναίκα η υγεία της οποίας της επιτρέπει να κυοφορήσει παιδί μετά από εμφύτευση εμβρύου σ' αυτή που δεν μπορεί να έχει δημιουργηθεί από ωάρια της ιδίας και σπέρμα του συζύγου/συντρόφου της, εάν υπάρχει. Το παιδί που θα γεννηθεί θα ανήκει στην Τεκμαιρόμενη Μητέρα και τον σύζυγο/σύντροφο της.
Μονήρης Άτομο = Μονήρης Γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

1. Πληροφορίες για την Τεκμαιρόμενη Μητέρα			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας: (Να επισυναφθεί αντίγραφο)		**Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:**	
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		**Ημερομηνία Γέννησης:**	
Εθνικότητα:			
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας:			
Χώρα μόνιμης κατοικίας:			
Διεύθυνση αλληλογραφίας σε περίπτωση που διαφέρει από πιο πάνω:			
Διεύθυνση συνήθους νόμιμης διαμονής:			
Χώρα συνήθους νόμιμης διαμονής:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			
Έχετε τελέσει νόμιμο γάμο ή έχετε Πιστοποιητικό Πολιτικής Συμβίωσης ή έχετε κάνει ένορκο δήλωση ότι διατηρείτε σταθερή και μόνιμη σχέση;		**Γράψετε, δεξιά, "Ναι" ή "Όχι"**	
Να επισυνάψετε ακριβές αντίγραφο του πιστοποιητικού γάμου/πολιτικής συμβίωσης ή της ένορκης δήλωσης.			

2. Πληροφορίες για τον σύζυγο/σύντροφο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας.			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας: (Να επισυναφθεί αντίγραφο)		**Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:**	
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		**Ημερομηνία Γέννησης:**	
Εθνικότητα:			
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας:			
Χώρα μόνιμης κατοικίας:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

3. Πληροφορίες για την Παρένθετη Μητέρα			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:		Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:	
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας:			
Χώρα μόνιμης κατοικίας:			
Διεύθυνση συνήθους νόμιμης διαμονής:			
Χώρα συνήθους νόμιμης διαμονής:			

4. Πληροφορίες για τον σύζυγο/σύντροφο της Παρένθετης Μητέρας (εάν υπάρχει)			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:		Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:	
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας:			
Χώρα μόνιμης κατοικίας:			
Γράψετε στα δεξιά "Δεν Ισχύει" εάν δεν έχει σύζυγο/σύντροφο			

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		Ημερομηνία:	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		Ημερομηνία:	

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

5. Πληροφορίες για την Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΜΙΥΑ) που προσφέρει υπηρεσίες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στο ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί μέσω Παρένθετης Μητέρας.										
Όνομα ΜΙΥΑ:										
Κωδικός ΜΙΥΑ:	**C**	**Y**	**M**	**I**	**Y**	**A**				

6. Ιατρός – Ιατρική Διάγνωση (Αδύνατη η κυοφορία)	
Ερώτηση	Απάντηση (Ναι ή Όχι)
Σε σχέση με το αίτημα σας για απόκτηση τέκνου με την βοήθεια Παρένθετης Μητέρας έχετε επισκεφθεί αυτοπροσώπως ειδικό εγγεγραμμένο κλινικό ιατρό, στην Κύπρο, που μπορεί να δώσει επαρκή απόδειξη ότι είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσετε;	
Εάν πιο πάνω η απάντηση είναι “Ναι” τότε δώστε τα πιο κάτω στοιχεία	
Ημερομηνία εξέτασης:	
Όνομα Ιατρού:	
Επίθετο Ιατρού:	
Ειδικότητα:	
Όνομα Ιατρείου/Κέντρου/Νοσηλευτηρίου:	
Κωδικός ΜΙΥΑ (εάν ισχύει):	
Διεύθυνση:	
Φαξ:	
Τηλέφωνο:	
Επισυνάψετε την έκθεση του/της εγγεγραμμένου/ης Γυναικολόγου/Μαιευτήρα/ος που σας έχει εξετάσει αυτοπροσώπως, στην Κύπρο, στο έντυπο ΕΖΠΘΜ-2 και που αποδεικνύει ότι είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσετε (η έκθεση πρέπει να έχει εκδοθεί μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ)**.**	

7. Ιατρικές εξετάσεις	
Έχουν γίνει όλες οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις σύμφωνα με τις οδηγίες του/της εγγεγραμμένου/ης Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα/ος που παρακολουθεί την Τεκμαιρόμενη Μητέρα;	**Απάντηση (Ναι ή Όχι)**
Σε σας, την Τεκμαιρόμενη Μητέρα;	
Στον σύζυγο/σύντροφο σας;	

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

8. Επιβεβαίωση για την προέλευση των εμβρύων που θα εμφυτευθούν στην Παρένθετη Μητέρα.	
Γράφοντας "Ναι" στα δεξιά επιβεβαιώνετε ότι γνωρίζετε ότι δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν έμβρυα που δημιουργήθηκαν με ωάρια της Παρένθετης Μητέρας (κυοφόρο) ή/και με το σπέρμα του συζύγου/συντρόφου της Παρένθετης Μητέρας, εάν υπάρχει.	**Επιβεβαίωση**

9. Αξιολόγηση από εγγεγραμμένο/νη ψυχίατρο		
Έχει προηγηθεί αξιολόγηση αυτοπροσώπως, στην Κύπρο, από εγγεγραμμένο/νη ψυχίατρο:	Απάντηση (Ναι ή Όχι)	Ημερομηνία της αξιολόγησης
Με εσάς, την Τεκμαιρόμενη Μητέρα;		
Τον σύζυγο/σύντροφο σας;		
Να επισυναφθεί στο έντυπο ΕΖΠΘΜ-3 η πρωτότυπη αξιολόγηση που έγινε, στην Κύπρο, από εγγεγραμμένο/νη ψυχίατρο και αφορά εσάς (την Τεκμαιρόμενη Μητέρα) και τον σύζυγο/σύντροφο σας (εάν υπάρχει). (η αξιολόγηση πρέπει να έχει εκδοθεί μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ)**.**		

10. Πιστοποιητικό Σχετικού Ποινικού Μητρώου
Να επισυναφθούν τα πρωτότυπα πιστοποιητικά που εκδίδονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 22 του περί της Πρόληψης και της Καταπολέμησης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, της Σεξουαλικής Εκμετάλλευσης Παιδιών και της Παιδικής Πορνογραφίας Νόμου τόσο για σας (Τεκμαιρόμενη Μητέρα) όσο και για τον σύζυγο/σύντροφο σας (τα πιστοποιητικά πρέπει να έχουν εκδοθεί μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ).

11. Γραπτή δήλωση για την αποδοχή της διαδικασίας και απουσίας οικονομικού ανταλλάγματος
Να επισυναφθεί πρωτότυπο γραπτής δήλωσης (Έντυπο ΕΖΠΘΜ-4) σύμφωνα με την οποία όλα τα εμπλεκόμενα πρόσωπα δέχονται να υποβληθούν στην διαδικασία Παρένθετης Μητρότητας και ότι δεν έχει συμφωνηθεί οποιοδήποτε οικονομικό αντάλλαγμα (η γραπτή δήλωση πρέπει να έχει γίνει μέσα σε 90 ημέρες πριν την παραλαβή της αίτησης από το ΣΙΥΑ).

12. Διαπραγμάτευση συμφωνίας σε εμπορική βάση		
Βεβαιώνετε ότι, για την περίπτωση σας, δεν έχει γίνει αλλά ούτε και θα γίνει ποτέ οποιαδήποτε διαπραγμάτευση συμφωνίας Παρένθετης Μητρότητας πάνω σε οποιαδήποτε εμπορική βάση;		
Γράψετε "Ναι" ή "Όχι" στα δεξιά		

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Υπογραφή του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	

13. Έχετε υποβάλει αίτηση προηγουμένως στο ΣΙΥΑ;			
Γράψετε "Ναι" ή "Όχι" στα δεξιά		**Εάν ναι, παρακαλώ δώστε πληροφορίες στα δεξιά (ημερομηνία και αριθμός προηγούμενης αίτησης):**	

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

Δηλώνουμε ότι είμαστε τα πρόσωπα που αναφέρονται στις Παραγράφους 1 και 2 του εντύπου αυτού.

Δηλώνουμε ότι πριν συμπληρώσουμε το έντυπο αυτό μας δόθηκαν πληροφορίες για όλες τις απορίες που έχουμε εκφράσει.

Δηλώνουμε ότι όλες οι πληροφορίες που καταγράφουμε στο έντυπο αυτό είναι πλήρεις, σωστές και αληθείς.

Δηλώνουμε ότι έχουμε αποφασίσει ελεύθερα και συνειδητά να ακολουθήσουμε τις διαδικασίες Παρένθετης Μητρότητας.

Αντιλαμβανόμαστε ότι εάν οποιεσδήποτε πληροφορίες/δεδομένα που συμπεριλαμβάνουμε στην αίτηση αυτή ή/και τα επισυναπτόμενα έγγραφα της αίτησης μας, διαφοροποιηθούν/αλλάξουν με οποιονδήποτε τρόπο, και δεν ενημερώσουμε άμεσα (εντός 7 εργάσιμων ημερών) το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, τότε η τυχόν έγκριση της αίτησης μας παύει να ισχύει (από την ημερομηνία που υπήρξε η διαφοροποίηση/αλλαγή).

Αντιλαμβανόμαστε και αποδεχόμαστε ότι όλες οι πληροφορίες που καταγράψαμε στο έντυπο αυτό όπως επίσης και όλα τα υπόλοιπα επισυναπτόμενα έντυπα θα τύχουν επεξεργασίας από το Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής σύμφωνα με τις διατάξεις του Περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμου και οποιεσδήποτε πιθανές τροποποιήσεις του.

Υπογραφή Τεκμαιρόμενης Μητέρας:		**Ημερομηνία:**	
Επίθετο:		**Όνομα:**	
Υπογραφή Συζύγου/Συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας εάν υπάρχει:		**Ημερομηνία:**	
Επίθετο:		**Όνομα:**	

ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΑΥΤΟ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΣΤΑΛΕΙ ΜΑΖΙ ΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ/ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ/ΔΗΛΩΣΕΙΣ/ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΤΟ ΣΙΥΑ