

# ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Αρ. Πρωτ. ....../...../...../20....

Προς Γραμματεία Τμήματος

.....

## Αίτηση φοιτητή για Πρακτική Άσκηση (Η συμπλήρωση όλων των πεδίων είναι υποχρεωτική)

Επώνυμο:	Όνομα:		
Όνομα Πατρός:	Όνομα Μητρός:		
Α.Μ. Τμήματος:	Εξάμηνο φοίτησης:		
Δωδεκαψήφιος κωδικός ακαδημαϊκής ταυτότητας:			
Ημερ. γέννησης: ...../...../.....	Αρ. Ταυτότητας:		
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:		
ΑΜΚΑ:	ΑΜ ΙΚΑ:		
Δ/ση κατοικίας: Οδός:	Αρ.:	Τ.Κ.:	Πόλη:
Νομός:	Κινητό τηλ.:		
Email:	<input type="checkbox"/> ΑΜΕΑ		

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να πραγματοποιήσω την Πρακτική μου Άσκηση στον Φορέα με επωνυμία:

.....

με επιθυμητή ημερομηνία έναρξης ...../...../.....

<input type="checkbox"/>	Επιθυμώ να συμμετέχω στο Έργο ΕΣΠΑ «Πρακτική Άσκηση Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του ΤΕΙ Κρήτης». Ενημερώθηκα για τους όρους και τις προϋποθέσεις του Έργου και τους αποδέχομαι πλήρως. <i>Πληροφορίες για το έργο ΕΣΠΑ στη διεύθυνση: <a href="https://praktiki.teicrete.gr/">https://praktiki.teicrete.gr/</a></i>
Κωδικός θέσης ΠΑ στο πληροφοριακό σύστημα ΑΤΛΑΣ*: (*συμπληρώνεται υποχρεωτικά εφόσον ο φοιτητής επιθυμεί να συμμετέχει στο έργο ΕΣΠΑ)	

Συνημμένα υποβάλλονται:

1. Βεβαίωση αποδοχής από τον Φορέα Απασχόλησης

Για τοποθετήσεις σε θέσεις ΕΣΠΑ καθώς και θέσεις που αποζημιώνονται από το Ίδρυμα

2. Φωτοτυπία ταυτότητας
3. Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ
4. Βεβαίωση απόδοσης ΑΜ ΙΚΑ / ΑΜΚΑ (από ΕΦΚΑ)
5. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Τραπέζης (Αρ. Λογαριασμού, IBAN, ο φοιτητής να είναι πρώτος δικαιούχος)
6. Συμπληρωμένη την υπεύθυνη δήλωση που ακολουθεί (υποχρεωτικά εφόσον ο φοιτητής επιθυμεί να συμμετέχει στο έργο ΕΣΠΑ)

Για τοποθετήσεις μέσω ΟΑΕΔ τα δικαιολογητικά 2 έως 5 κατατίθενται στην επιχείρηση.

Ημερομηνία: ...../...../20...

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,  
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση  
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης  
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΠΑνεΚ 2014-2020  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**  
**ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

---

Πόλη: .....

Ημερομηνία: .... / .... / 201....

**ΠΡΟΣ**  
**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος**

.....

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ....., νόμιμος εκπρόσωπος της Επιχείρησης / Υπηρεσίας (Φορέας Απασχόλησης) με στοιχεία:

Επωνυμία:	
Εμπορικό Όνομα / Brand Name	
Αντικείμενο Δραστηριότητας	
Διεύθυνση	Οδός: Τ.Κ.: Πόλη: Νομός:
ΑΦΜ / ΔΟΥ	
Τηλέφωνο	
FAX	
E-mail	
Υπεύθυνος του Φορέα για την επίβλεψη της Πρακτικής Άσκησης	
Βασικό Πτυχίο του Υπευθύνου	Τηλέφωνο:
Για τους δημόσιους φορείς (επιλέξτε αν είναι θεσμοθετημένη ή μη θεσμοθετημένη θέση δημοσίου): θεσμοθετημένη <input type="checkbox"/> μη θεσμοθετημένη <input type="checkbox"/>	

δηλώνω ότι:

α) Αποδεχόμεθα τον/την φοιτητή/τρια ..... του Τμήματός σας προκειμένου να πραγματοποιήσει την εξάμηνη Πρακτική του/της Άσκηση για το διάστημα από ..... έως .....



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,  
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση  
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης  
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΠΑνεΚ 2014-2020  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ



β) Έχουμε ενημερωθεί για το περίγραμμα της Πρακτικής Άσκησης ΤΕΙ, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις μας σύμφωνα με το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο.

γ) Θα ασφαλίσουμε τον/την φοιτητή/τρια κατά επαγγελματικού κινδύνου με βάση το Π.Δ. 174/86 περί «Πρακτικής Άσκησης στο επάγγελμα των σπουδαστών ΤΕΙ» και τις λοιπές συνοδευτικές διατάξεις (1% επί του τεκμαρτού ημερομισθίου της 12ης ασφαλιστικής κλάσης του ΙΚΑ, σήμερα είναι 10,11 ευρώ ανά μήνα), για 25 ημέρες το μήνα (δεν αφορά τις θέσεις δημοσίου που επιδοτούνται αποκλειστικά από το ΕΣΠΑ).

δ) Θα καταβάλουμε μηνιαία αποζημίωση στον/την φοιτητή/τρια σύμφωνα με τους όρους της Ειδικής Σύμβασης που θα υπογράψουμε (δεν αφορά τις θέσεις δημοσίου που επιδοτούνται αποκλειστικά από το ΕΣΠΑ). Η αποζημίωση θα καταβάλλεται μηνιαίως σε τραπεζικό λογαριασμό του φοιτητή.

ε) Έχουμε εγγραφεί στο πληροφοριακό σύστημα ΑΤΛΑΣ και έχουμε αναρτήσει την συγκεκριμένη θέση με Κωδικό Θέσης ΠΑ \*: .....

(\*συμπληρώνεται εφόσον ο εκπρόσωπος του Φορέα επιθυμεί την ένταξη του φοιτητή στο έργο ΕΣΠΑ, δεν αφορά τις θέσεις μέσα στο ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.)

**Το αντικείμενο εργασίας του ασκούμενου φοιτητή θα είναι:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Ονοματεπώνυμο - Υπογραφή - Σφραγίδα)



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,  
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση  
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης  
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΕΠΑνεΚ 2014-2020  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ  
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ



# 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)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	Γραφείο Πρακτικής Άσκησης						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

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:

<input type="checkbox"/>	Καλύπτομαι για παροχές ασθενείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από..... (ασφαλιστικός Οργανισμός).
<input type="checkbox"/>	Δεν καλύπτομαι για παροχές ασθενείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό.
<input type="checkbox"/>	Δεν έχω συγγένεια Β' βαθμού και άνω σε ευθεία γραμμή, πλάγια γραμμή και εξ' αγγιστείας με το νόμιμο εκπρόσωπο της επιχείρησης.
<input type="checkbox"/>	Δεν είμαι απασχολούμενος με εξαρτημένη σχέση εργασίας στην επιχείρηση τώρα ή στο πρόσφατο παρελθόν.
<input type="checkbox"/>	Δεν εργάζομαι ως υπάλληλος του δημοσίου τομέα (συμπεριλαμβάνονται και τα σώματα ασφαλείας).
<input type="checkbox"/>	Δεν βρίσκομαι στη διάρκεια της στρατιωτικής θητείας.

Ημερομηνία: ... /... / 20...

Ο – Η Δηλών

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.