# Γραφείο Πρακτικής ΆσκησηςΕΛΛΗΝΙΚΟ 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/νση κατοικίας: Οδός: | Αρ.: | Τ.Κ.: | Πόλη: |
| Νομός: | Κινητό τηλ.: |
| Email: | □ ΑΜΕΑ  |

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

**με επιθυμητή ημερομηνία έναρξης ……./…../………… .**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Επιθυμώ να συμμετέχω στο Έργο ΕΣΠΑ «Πρακτική Άσκηση Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου». Ενημερώθηκα για τους όρους και τις προϋποθέσεις του Έργου και τους αποδέχομαι πλήρως. *Πληροφορίες για το έργο ΕΣΠΑ στη διεύθυνση:* [*https://praktiki.hmu.gr/*](https://praktiki.hmu.gr/) |
| 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

1. Φωτοτυπία ταυτότητας
2. Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ
3. [Βεβαίωση απογραφής ΕΦΚΑ](https://www.efka.gov.gr/el/bebaiose-apographes)
4. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Τραπέζης (Αρ. Λογαριασμού, ΙΒΑΝ, ο φοιτητής να είναι πρώτος δικαιούχος)
5. Συμπληρωμένη την υπεύθυνη δήλωση που ακολουθεί

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Ημερομηνία: ……/…../……

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

**(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(1): | Γραφείο Πρακτικής Άσκησης |
| Ο – Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:  |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία γέννησης(2):  |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ: |  |
| Τόπος Κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ: |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου(Ε-mail): |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| □ | Καλύπτομαι για παροχές ασθενείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από…………………………………………………………………… (ασφαλιστικός Οργανισμός). |
| □ | Δεν καλύπτομαι για παροχές ασθενείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό. |
| □ | Δεν έχω συγγένεια Β’ βαθμού και άνω σε ευθεία γραμμή, πλάγια γραμμή και εξ’ αγχιστείας με το νόμιμο εκπρόσωπο της επιχείρησης. |
| □ | Δεν είμαι απασχολούμενος με εξαρτημένη σχέση εργασίας στην επιχείρηση τώρα ή στο πρόσφατο παρελθόν. |
| □ | Δεν εργάζομαι ως υπάλληλος του δημοσίου τομέα (συμπεριλαμβάνονται και τα σώματα ασφαλείας). |
| □ | 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.