|  |
| --- |
| **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**  **ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**  Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,……………………………………………………………………………………………………………..  νόμιμος/η εκπρόσωπος της Επιχείρησης ή Δημόσιου φορέα,…………………………………………………………………. |
| με επωνυμία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Διεύθυνση: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Αντικείμενο εργασιών : …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **βεβαιώνω** ότι:  Α. αποδεχόμαστε το αίτημα του/της………………………………………………………………………………………………………..  φοιτητή/τριας του Τμήματος…………………………………………………………………………………του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (πρώην ΤΕΙ Πελοποννήσου) να πραγματοποιήσει την Πρακτική Άσκησή του, στην Επιχείρησή μας /Φορέα μας.  Β. Θα ασφαλίσουμε τον/την φοιτητή/τρια κατά επαγγελματικού κινδύνου με βάση το Π.Δ. 174/85 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).  Γ. Θα καταβάλουμε μηνιαία αποζημίωση στον/την φοιτητή/τρια σύμφωνα με τους όρους της Ειδικής Σύμβασης που θα υπογράψουμε. Η αποζημίωση θα καταβάλλεται μηνιαίως σε τραπεζικό λογαριασμό του φοιτητή. |
| **Υπεύθυνος -Επόπτης** της Επιχείρησης για την Πρακτική Άσκηση του φοιτητή/τριας, ορίζεται ο/η |
| ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………….. |
| **Θέση:…**…………….………………………………………………………………..…………………………………………………………………….. |
| **Επικοινωνία:** Τηλ ……………..…………………………………………… e-mail:……………………………………………………………. |  |
| …………/………/202.. |  |
| **O εκπρόσωπος του Φορέα Απασχόλησης** |

Ονοματεπώνυμο……………………………………………………………………………………………………..

Ιδιότητα…………………………………………………………………………………………………………………….

Υπογραφή /Σφραγίδα