|  |
| --- |
| **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**  **ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**  Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,……………………………………………………………………………………………………………  νόμιμος/η εκπρόσωπος της Επιχείρησης ή Δημόσιου φορέα,……………………………………………………………… |
| με επωνυμία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Διεύθυνση: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| βεβαιώνω ότι, ο παραπάνω φορέας δεν τελεί σε προσωρινή απαγόρευση λειτουργίας και λαμβάνοντας υπόψη όλα τα αναγκαία μέτρα προστασίας που απαιτούνται για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας (σύμφωνα με τις υπ’αριθμ. Δ1α/ΓΠ.οικ. 29114/10.4.2020 ΚΥΑ (Β΄1780) και τη με αριθμ. 17312/Δ9. 506 εγκύκλιο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, οι οποίες ορίζουν τα ειδικότερα μέτρα για την προστασία της υγείας και την ασφάλεια σε χώρους εργασίας), προτίθεται να απασχολήσει , από ………/…………/2020, τον/τη φοιτητή/τρια ……………………………………………………… …….……………….…… του Τμήματος …………….………………………………………………………………………………….. του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (πρώην ΤΕΙ Πελοποννήσου), με σκοπό να πραγματοποιήσει την εξάμηνη Πρακτική του Άσκηση. |
| **O εκπρόσωπος του Φορέα Απασχόλησης** |

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

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

Ο Βεβαιών

Υπογραφή /Σφραγίδα