

Ημερομηνία ...../...../.....

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

Ο/Η υπογεγραμμέν ..... , νόμιμ.....  
εκπρόσωπος τ..... (Επιχείρηση –  
Οργανισμός – Δημόσιο) δηλώνω ότι αποδέχομαι  
τ.....  
καταρτιζόμεν..... της Σ.Α.Ε.Κ. Ηγουμενίτσας, της ειδικότητας  
.....  
προκειμένου να κάνει ..... ώρες Πρακτική Άσκηση και για το διάστημα από  
..... έως ..... Στον φορέα/Επιχείρηση  
..... με ώρες απασχόλησης από  
..... έως .....

Στο παραπάνω διάστημα ο/η πρακτικά ασκούμεν..... θα ασχοληθεί με τα παρακάτω αντικείμενα  
εργασίας σχετικά με την ειδικότητά τ..... με υπεύθυνο/εκπαιδευτή της επιχείρησης τ...  
.....

(Αναλυτική Περιγραφή)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την εποπτεία της Γ.Γ.Ε.Ε.Κ & Δ.Β.Μ. σχετικά με το έργο της Πρακτικής  
Άσκησης, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 3 της υπ' αριθμ. 5954/23-6-2014 Υ.Α. (ΦΕΚ 1807  
Β') «Κανονισμός Λειτουργίας Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ) που υπάγονται στη  
Γενική Γραμματεία Διά Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.)».

## Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΒΕΒΑΙΟΥΣΑ

(Σφραγίδα και Υπογραφή Εργοδότη)

### Προσοχή

1. Σύμφωνα με την Κ5/97484/5-8-2021 (Β' 3938) Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργείων Οικονομικών-Ανάπτυξης και Επενδύσεων-Παιδείας και Θρησκευμάτων-Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων-Υγείας κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης ο καταρτιζόμενος υπάγεται στην ασφάλιση του e-ΕΦΚΑ (ΠΡΩΗΝ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) νόμο για τον κλάδο του 7 ατυχήματος. Για την ασφάλισή του καταβάλλονται οι προβλεπόμενες από την παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2217/1994 (Α'83) ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες βαρύνουν το φυσικό ή νομικό πρόσωπο (εργοδότης) στο οποίο υλοποιείται η πρακτική άσκηση.
2. Σύμφωνα με την 40331/Δ1. 13521 (ΦΕΚ 3520/Β/19-09-2019) Απόφαση του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ο εργοδότης που απασχολεί πρακτικά ασκούμενο υποχρεούται σε συμπλήρωση του εντύπου Ε 3.5 στο Π.Σ. ΕΡΓΑΝΗ, πριν την έναρξη της πρακτικής άσκησης.

## Στοιχεία Εργοδότη

<b>ΑΦΜ επιχείρησης</b>	
<b>Όνοματεπώνυμο που ανήκει το ΑΦΜ</b>	
<b>Η επιχείρηση υπάγεται στη Δ.Ο.Υ</b>	
<b>Διεύθυνση εργοδότης (πλήρης διεύθυνση, οδός, αριθμός, ΤΚ, περιοχή)</b>	
<b>Ημέρες εργασίας : πχ ΔΕΥΤΕΡΑ ΤΡΙΤΗ ΤΕΤΑΡΤΗ ΠΕΜΠΤΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ</b>	
<b>Ωράριο πχ 07:00 ως 15:00</b>	
<b>ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ</b>	
<b>EMAIL ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ</b>	
<b>Αριθμός Μητρώου Εργοδότη (ΕΦΚΑ)</b>	
<b>Περιφέρεια που ανήκει η επιχείρηση</b>	
<b>Περιφερειακή Ενότητα που ανήκει η επιχείρηση</b>	
<b>Δήμος που ανήκει η επιχείρηση</b>	
Αναλυτική Επωνυμία επιχείρησης	
Τηλέφωνο Χώρου Πραγματοποίησης Πρακτικής	
Email Χώρου Πραγματοποίησης Πρακτικής	
<b>Ο εργοδότης ορίζει έμπειρο στέλεχος συναφούς επαγγελματικής ειδικότητας / μπορεί να είναι και ο ίδιος (ονοματεπώνυμο )</b>	
<b>Ειδικότητα Εκπαιδευτή (έμπειρο στέλεχος)</b>	
<b>Θέση που έχει ο Εκπαιδευτή στο Φορέα (το έμπειρο στέλεχος)</b>	