|  |
| --- |
| **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**  **ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**  Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,……………………………………………………………………………………………………………..  νόμιμος/η εκπρόσωπος της Επιχείρησης ή Δημόσιου φορέα,…………………………………………………………………. |
| με επωνυμία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Διεύθυνση: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Αντικείμενοεργασιών : …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **βεβαιώνω** ότι:  Α. αποδεχόμαστε το αίτημα του/της………………………………………………………………………………………………………..  φοιτητή/τριας του Τμήματος…………………………………………………………………………………του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου να πραγματοποιήσει την Πρακτική Άσκησή του, στην Επιχείρησή μας /Φορέα μας και αποδεχόμαστε [ ] , δεν αποδεχόμαστε [ ] τη συμμετοχή του στο χρηματοδοτούμενο μέσω ΕΣΠΑ πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης του Πανεπιστημίου.  Β. Θα ασφαλίσουμε τον/την φοιτητή/τρια (**στην περίπτωση που δεν επιδοτείται από το χρηματοδοτούμενο μέσω ΕΣΠΑ πρόγραμμα)** κατά επαγγελματικού κινδύνου με βάση το Π.Δ. 174/86 περί «Πρακτικής Άσκησης στο επάγγελμα των φοιτητών Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης» και τις λοιπές συνοδευτικές διατάξεις (1% επί του τεκμαρτού ημερομισθίου της 12ης ασφαλιστικής κλάσης του ΙΚΑ, σήμερα είναι 10,11 ευρώ ανά μήνα). |
| **Υπεύθυνος - Επόπτης** της Επιχείρησης (μόνο Λογοθεραπευτής) 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