



ΕΛΛΗΝΙΚΟ 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:		
Δωδεκαημέριος κωδικός ακαδημαϊκής ταυτότητας:			
Ημερ. γέννησης:/...../.....	Αρ. Ταυτότητας:		
ΑΦΜ:	ΔΟΥ:		
ΑΜΚΑ:	ΑΜ ΙΚΑ:		
Δ/νση κατοικίας: Οδός:	Αρ.:	Τ.Κ.:	Πόλη:
Νομός:	Κινητό τηλ.:		
Email:	<input type="checkbox"/> ΑΜΕΑ		

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

.....

με επιθυμητή ημερομηνία έναρξης/...../..... .

<input type="checkbox"/>	Επιθυμώ να συμμετέχω στο Έργο ΕΣΠΑ «Πρακτική Άσκηση 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/
Κωδικός θέσης πρακτικής άσκησης (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

2. Φωτοτυπία ταυτότητας

3. Βεβαίωση απόδοσης ΑΦΜ

4. [Βεβαίωση απογραφής ΕΦΚΑ](#)

5. Φωτοτυπία βιβλιαρίου Τραπέζης (Αρ. Λογαριασμού, IBAN, ο φοιτητής να είναι πρώτος δικαιούχος)

6. Συμπληρωμένη την υπεύθυνη δήλωση που ακολουθεί

Ημερομηνία:/...../.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2014-2020
ανάπτυξη - εργασία - αλληλεγγύη

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(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:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-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:

<input type="checkbox"/>	Καλύπτομαι για παροχές ασθενοείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από..... (ασφαλιστικός Οργανισμός).
<input type="checkbox"/>	Δεν καλύπτομαι για παροχές ασθενοείας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από κανένα ασφαλιστικό οργανισμό.
<input type="checkbox"/>	Δεν έχω συγγένεια Β' βαθμού και άνω σε ευθεία γραμμή, πλάγια γραμμή και εξ' αγχιστείας με το νόμιμο εκπρόσωπο της επιχείρησης.
<input type="checkbox"/>	Δεν είμαι απασχολούμενος με εξαρτημένη σχέση εργασίας στην επιχείρηση τώρα ή στο πρόσφατο παρελθόν.
<input type="checkbox"/>	Δεν εργάζομαι ως υπάλληλος του δημοσίου τομέα (συμπεριλαμβάνονται και τα σώματα ασφαλείας).
<input type="checkbox"/>	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.