



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/ση 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 2021-2027 «Πρακτική Άσκηση Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου ακαδ. ετών 2022-2024». 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)



Με τη συγχρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή

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. Τηλεομοιούτυπου (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 ασθευίας σε είδος κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης από..... (ασφαλιστικός Οργανισμός).
<input type="checkbox"/>	Δεν καλύπτομαι για παροχές ασθευίας 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' αγγιστείας 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.