………………………………………………..

(Επίτιτλα Εργοδότη ‘η Σφραγίδα Εργοδότη)

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

Ο/H υπογεγραμμένος/η ………………………………………………………………………………………….

νόμιμος/η εκπρόσωπος του/της: (*Όνομα Επιχείρησης – Οργανισμού – Δημοσίου*) …………..…….………………………………………………………………………………………..………………

δηλώνω ότι:

1. Αποδέχομαι τον/την ......................................................................του…………………

(*Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο καταρτιζομένου*)

καταρτιζόμενο/η του Ι.Ι.Ε.Κ. Δήμου Βόλου ( Ιδιωτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης Δήμου Βόλου ) -- Κ.Ε.Κ.Π.Α. –Δ.I.E.K.

της ειδικότητας ……………………………………………………..……………………………………………..

προκειμένου να κάνει …………… ώρες Πρακτική Άσκηση και για το διάστημα από……...…………………..έως…………………….στο/η….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(*αναγράφεται ο τόπος παροχής πρακτικής άσκησης* - πλήρης διεύθυνση [αρ. Τ.Κ. κ.τ.λ.])

2. Στο παραπάνω διάστημα ο/η πρακτικά ασκούμενος/η θα ασχοληθεί με τα παρακάτω αντικείμενα εργασίας σχετικά με την ειδικότητά του/της . *(Αναλυτική Περιγραφή)*

1. …………………………………………………………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………………………………………………………

3. Δηλώνω επιπλέον ότι αποδέχομαι την εποπτεία του Ι.Ι.Ε.Κ. Δήμου Βόλου, 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.)».

4. Ορίζω ως Επόπτη Πρακτικής Άσκησης εκ μέρους της Επιχείρησης :

τον/την εργαζόμενο /η ……………….………………………………………………….…………………….

με θέση στον φορέα: ………………….……………………..……………………………………….……….

και Ειδικότητα: …………………………………………………………………………………………………..…

ο οποίος/α παρακολουθεί και κατευθύνει τον ασκούμενο στην άσκηση των καθηκόντων του και συμπληρώνει - υπογράφει το σχετικά Βιβλίο Πρακτικής Άσκησης.

Α.Φ.Μ. επιχείρησης : (τόπος,…............. ……/……/20…….)

Α.Μ.Ε. επιχ. (ΙΚΑ) : **Ο ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ**

Τηλέφωνο - e-mail επιχείρ. : **(**ΥΠΟΓΡΑΦΗ- ΣΦΡΑΓΙΔΑ**)**

Όνομα - Τηλέφ. - e-mail

Λογιστή επιχείρ. :