|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ……/……/20….** |

 **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

Ο/H υπογεγραμμέν…….………….…..………………………………………………………………,

νόμιμ…. εκπρόσωπος τ………………………………………………………………………………..

……………………………………… *(Επιχείρηση – Οργανισμός – Δημόσιο)* με Α.Φ.Μ και έδρα ...……………………………………………………… (Διεύθυνση) T.K……... δηλώνω, ότι αποδέχομαι :

 τ…………………………………………………………..................................................

καταρτιζόμεν …… του Ι.Ε.Κ. ……………………………………...................... της Ειδικότητας ………………………………………………………………………………………………

προκειμένου να κάνει ……………… ώρες Πρακτική Άσκηση από Δευτέρα έως

Παρασκευή για το διάστημα από ……../……../20………έως .…/………/20….. στ……………………………………………………….…………………………………………………..

με ωράριο, έναρξης : ………και λήξης : …… (…..Ώρες Εργασίας την Ημέρα)

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… …………………………………………………………….

ΤΗΛ: ………………………………………

(Αναλυτική Περιγραφή)

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

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

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

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

Δηλώνω ότι αποδέχομαι την εποπτεία της Γ.Γ.Δ.Β.M.Ν.Γ. σχετικά με το έργο της Πρακτικής Άσκησης, σύμφωνα με όσα ορίζoνται 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.)» επίσης «...για την ασφάλιση του ασκούμενου καταβάλλονται οι προβλεπόμενες από την παρ.1 του άρθρου 10 ν. 2217/1994 (Α΄83) ασφαλιστικές εισφορές, **οι οποίες βαρύνουν το φυσικό ή νομικό πρόσωπο (εργοδότης) στο οποίο υλοποιείται η πρακτική άσκηση.**»

Κατά συνέπεια, η πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών για τον κλάδο του ατυχήματος σε όσες πρακτικές ξεκινούν από τις 26-08-2021 είναι **υποχρέωση του εργοδότη.**

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΒΕΒΑΙΟΥΣΑ**

 ( ΥΠΟΓΡΑΦΗ & ΣΦΡΑΓΙΔΑ)