



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

Αρ. Πρωτοκόλλου: .....

Ημερομηνία: .....

## Α Ι Τ Η Σ Η

ΠΡΟΣ ΤΟ Ι.Ε.Κ.: **ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

**ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/Η**

**ΤΟΥ Ι.Ε.Κ.:** .....

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :** .....

.....

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** .....

**ΟΝΟΜΑ:** .....

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** .....

**ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ:** .....

**ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:** .....

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.** .....

.....

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:** .....

**E-MAIL:** .....

**A.M.K.A.:** .....

**A.M.A.:** .....

**AΦΜ:** .....

**ΔΟΥ:** .....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:**

.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε την έναρξη και το πρόγραμμα της Πρακτικής Άσκησης που θα διεξαχθεί στην / στον .....

.....

(Επιχείρηση - Οργανισμό - Δημόσιο Φορέα κ.λπ.).

Σας επισυνάπτω σχετική βεβαίωση του εργοδότη, ο οποίος αποδέχεται τους όρους Πρακτικής Άσκησης σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 5954/23-6-2014 Υ.Α. (ΦΕΚ 1807 Β') και την υπ' αριθμ. 139931/Κ1/8-9-2015 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 1953 Β').

Η πρακτική Άσκηση θα αρχίσει την:

.....

και θα ολοκληρωθεί την:

.....

**Ημερομηνία :** ...../...../.....

**Ο / Η ΑΙΤ.....**

.....

(Υπογραφή)