**Έντυπο 1 (συμπληρώνεται από τον Φορέα Υποδοχής Πρακτικής Άσκησης)**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΦΥΠΑ)**

………………………………………..…… **……../…../2019**

**ΠΡΟΣ**

**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ**

**Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ……...………………………………. Νόμιμος Εκπρόσωπος του Φορέα Υποδοχής Πρακτικής Άσκησης με στοιχεία:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επωνυμία:** |  | | | | |
| **Α.Φ.Μ. Φορέα:** |  | | | | |
| **Διεύθυνση:** |  | **Τ.Κ.:** | | | **Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο:** |  | | | **E-mail:** | |
| **Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Π.Α:** |  | | | | |
| **Θέση εργασίας στον ΦΥΠΑ:** |  | | **Τηλέφωνο:** | | |

δηλώνω ότι αποδεχόμεθα τον/την φοιτητή/τρια …………….……….……………………………..… του Τμήματός σας προκειμένου να πραγματοποιήσει την Πρακτική του/της Άσκηση για το διάστημα από ……………….. έως…………………..

**Το αντικείμενο της Πρακτικής Άσκησης θα είναι:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Σημειώνεται ότι, η ασφάλιση του ασκούμενου φοιτητή καλύπτεται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανταγωνιστικότητα, Επιχειρηματικότητα και Καινοτομία» (ΕΠΑνΕΚ), και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ).

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Υπογραφή-Σφραγίδα)**Έντυπο 2 (συμπληρώνεται από τον ασκούμενο φοιτητή)**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**Σχολή: ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ……….…..…………………… ……/ .…../ 2019 Τμήμα: ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΩΝ ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ**

**…………………………………………………………………**

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ** | |
| ***Αριθμός μητρώου φοιτητή*** |  |
| ***Ονοματεπώνυμο*** |  |
| ***Όνομα πατέρα*** |  |
| ***Όνομα μητέρας*** |  |
| ***Διεύθυνση – Τ. Κ – Πόλη*** |  |
| ***Ημερομηνία γέννησης*** |  |
| ***Τηλέφωνο οικίας- Κινητό*** |  |
| ***E-mail*** |  |
| ***Έναρξη πρακτικής*** |  |
| ***Λήξη πρακτικής*** |  |
| ***Α.Δ.Τ*** |  |
| ***Α.Φ.Μ*** |  |
| ***Δ.Ο.Ϋ*** |  |
| ***Α.Μ.(ΙΚΑ)*** |  |
| ***A.M.K.A*** |  |
| ***Αριθμός Λογαριασμού*** |  |
| ***IBAN*** |  |
| ***Κωδικός Θέσης στο Σύστημα ΑΤΛΑΣ*** |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΟΠΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ** | |
| ***Ονοματεπώνυμο*** | *ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ ΚΟΣΜΑΣ* |
| ***Ιδιότητα*** | *ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ* |
| ***Τηλέφωνο εργασίας- Κινητό*** | *210 -5381579* |
| ***E mail*** | [kkav@uniwa.gr](mailto:kkav@uniwa.gr) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ** | |
| ***Επωνυμία*** |  |
| ***Αντικείμενο Εργασιών*** |  |
| ***Διεύθυνση – Τ.Κ. - Πόλη*** |  |
| ***Τηλέφωνο- FAX*** |  |
| ***E-mail*** |  |
| ***Επόπτης (ΦΥΠΑ)*** |  |
| ***Ιδιότητα*** |  |
| ***Τηλέφωνο- Ε mail*** |  |

***Σημειώνεται ότι*:**

**α) Η συμπλήρωση των παραπάνω στοιχείων είναι υποχρεωτική προκειμένου ο Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής να προχωρήσει στην καταβολή των αποδοχών καθώς και των ασφαλιστικών εισφορών.**

**β) Το παρόν έντυπο θα συνοδεύεται από τη φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου της Τράπεζας, στο οποίο ο ασκούμενος φοιτητής είναι δικαιούχος ή συνδικαιούχος.**