**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

**(άρθρο 8 Ν. 1599/1986)**

**Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση τα αρχεία άλλων υπηρεσιών**

**(άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)**

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ: | Τμήμα Δασοπονίας και Διαχείρισης Φυσικού Περιβάλλοντος του ΓΠΑ (πρώην ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας) |
| Ο/Η Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Α.Δ.Τ./ Ημερ/νία έκδοσης\* |  | Κιν.: |
| Τόπος κατοικίας: |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | Τ.Κ. |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (fax): |  | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (e-mail): |  |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του

Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Αποδέχομαι να απασχολήσω τον ενδιαφερόμενο/η ασκούμενο/η **………………………………………………………………………….** για εξάμηνη Πρακτική Άσκηση εαρινού εξαμήνου, από την ημερομηνία υπογραφής της σχετικής σύμβασης, **χωρίς ΕΣΠΑ.**

2. Στο πλαίσιο της Πρακτικής Άσκησης θα καταβάλλω στον ασκούμενο/η το ποσό των 176,08 € μηνιαίως.

3. Θα ασφαλίσω τον ασκούμενο/η κατά τη διάρκεια της Πρακτικής του Άσκησης κατά επαγγελματικού κινδύνου με ασφαλιστική εισφορά που ανέρχεται στο 1% επί του τεκμαρτού ημερομισθίου της 12ης ασφαλιστικής κλάσης και βαρύνει εξολοκλήρου τον φορέα απασχόλησης.

4. Θα ενημερώσω σχετικά την πλατφόρμα «ΕΡΓΑΝΗ» με την συμπλήρωση του Εντύπου Ε3.5. για έναρξη, μεταβολή, λήξη πρακτικής άσκησης, σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Αριθμ. 40331/δ1.13521/2019 – ΦΕΚ 3520/Β/19-9-2019 «Επανακαθορισμός όρων ηλεκτρονικής υποβολής εντύπων αρμοδιότητας Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (ΣΕΠΕ) και Οργανισμού Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ)».

5. Τα αντικείμενα εργασίας που θα απασχοληθεί ο ασκούμενος/η είναι τα ακόλουθα:

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

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………..

Ημερομηνία: / /2024

Ο/Η Δηλών/ούσα

 (Υπογραφή)

*\*σε περίπτωση που δεν έχετε δελτίο αστυνομικής ταυτότητας της Ελληνικής Δημοκρατίας, παρακαλούμε διευκρινίστε εδώ τι αριθμό αναγράφετε (π.χ. διαβατηρίου ελληνικού ή άλλης χώρας, ταυτότητας ομογενούς ή άλλης χώρας, στρατιωτικής ταυτότητας κ.λ.π.).*