



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δε φοιτώ σε άλλο Δ.Ι.Ε.Κ. και δεν πρόκειται να φοιτήσω ενόσω κάνω την πρακτική μου άσκηση.
2. Έχω γνώση ότι ως ασκούμενος/η υποχρεούμαι:
 - α. να ενημερώσω άμεσα το Ι.Ε.Κ. σε περίπτωση διακοπής ή ολοκλήρωσης της πρακτικής μου άσκησης και να προσκομίσω όλα τα απαραίτητα δικαιολογητικά, ήτοι:
βεβαίωση εργοδότη ότι πραγματοποίησα πρακτική άσκηση για το παραπάνω χρονικό διάστημα υπογεγραμμένη και σφραγισμένη,
το βιβλίο της πρακτικής άσκησης συμπληρωμένο, υπογεγραμμένο και σφραγισμένο όπως προβλέπεται για το διάστημα που πραγματοποίησα την πρακτική μου άσκηση.
 - β. να ενημερώνω το φορέα απασχόλησης και το Ι.Ε.Κ. στις περιπτώσεις απουσίας μου.
3. Έχω γνώση ότι ως ασκούμενος/η στο χώρο εργασίας μου υποχρεούμαι να ακολουθώ το ωράριο εργασίας της επιχείρησης/φορέα απασχόλησης, τους κανονισμούς ασφαλείας και εργασίας καθώς και κάθε άλλη ρύθμιση ή κανονισμό που ισχύει για το προσωπικό της επιχείρησης/φορέα.
4. Έχω γνώση ότι είμαι υποχρεωμένος/η για οποιοδήποτε πρόβλημα ανακύψει σχετικά με την πρακτική μου εκπαίδευση, να απευθύνομαι στο Δ.Ι.Ε.Κ. εποπτείας και στον επόπτη της πρακτικής άσκησης που μου έχει υποδείξει η επιχείρηση/φορέας.
5. Έχω γνώση ότι διατηρώ το δικαίωμα να αρνηθώ την πρακτική άσκηση ή οποιοδήποτε είδος απασχόλησης μου ανατεθεί κατά τη διάρκεια αυτής, εάν οι συνθήκες εργασίας συνιστούν απειλή για την ανθρώπινη ζωή ή υγεία, ή δεν είναι συναφείς με το αντικείμενο των σπουδών μου και δεν καλλιεργούν τις πρακτικές γνώσεις και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επιτυχή άσκηση του επαγγέλματος μου.
6. Είμαι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένος/η για παροχές ασθένειας σε είδος, από το δημόσιο ή άλλον ασφαλιστικό οργανισμό

Ημερομηνία:

Ο – Η Δηλ.

οργανισμό

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
(2) Αναγράφεται ολογράφως.