

# ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

(για Πρακτική Άσκηση Καταρτιζόμενων Σ.Α.Ε.Κ.)

Α.Φ.Μ.: \_\_\_\_\_ Δ.Ο.Υ.: \_\_\_\_\_ Α.Μ.Ε\* \_\_\_\_\_

Επωνυμία Επιχείρησης/Φορέα: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπαιδευτικού: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση έδρας (Οδός, Αριθμός, Πόλη, Νομός, ΤΚ): \_\_\_\_\_

Διεύθυνση χώρου πραγματοποίησης πρακτικής άσκησης (αφήστε το κενό σε περίπτωση που ταυτίζεται με τη διεύθυνση της έδρας) \_\_\_\_\_

E-mail φορέα απασχόλησης: \_\_\_\_\_ Κινητό: \_\_\_\_\_

Εκπαιδευτής στο χώρο εργασίας: \_\_\_\_\_

Θέση Εκπαιδευτή: \_\_\_\_\_

Ειδικότητα Εκπαιδευτή: \_\_\_\_\_

E- mail λογιστηρίου/τμήματος προσωπικού/λογιστή φοροτεχνικού: \_\_\_\_\_

**Σημείωση:** Μπορείτε να ενημερωθείτε για το πλαίσιο της Πρακτικής Άσκησης και τη νομοθεσία στον ιστότοπο της 2<sup>ης</sup> ΣΑΕΚ Ηρακλείου ([2saekirak.sch.gr](http://2saekirak.sch.gr) > ενότητες [Πρακτική Άσκηση](#) & [Νομοθεσία](#)).

Ημερομηνία ..... / ..... / 20.....

(Υπογραφή – Σφραγίδα)

\* Αριθμός Μητρώου Εργοδότη. Αποτελεί υποχρεωτικό πεδίο χωρίς τη συμπλήρωση του οποίου δεν μπορεί να γίνει έναρξη της Πρακτικής Άσκησης