**Καλαμάτα, 20.10.2024**

**Πρόσκληση Υποβολής Αιτήσεων για εκπόνηση   
Πρακτικής Άσκησης Χειμερινού εξαμήνου Ακαδ. Έτους 2024-2025**

**για τους επί πτυχίω φοιτητές του Τμήματος Γεωπονίας**

Η Πρακτική Άσκηση προσφέρει μία σημαντική δυνατότητα ανάπτυξης δεξιοτήτων και απόκτησης εργασιακής εμπειρίας, προκειμένου να προετοιμαστούν οι φοιτητές για την πρόσβασή τους στην αγορά εργασίας.

**Οι αιτήσεις για την πραγματοποίηση της πρακτικής άσκησης το χειμερινό εξάμηνο 2024-2025 για τους** **επί πτυχίω φοιτητές είναι ανοιχτή**

Για την υποβολή της αίτησης απαιτούνται τα εξής **τρία (3) έγγραφα:**

1. **Η Αίτηση**
2. **Η Βεβαίωση Αποδοχής Απασχόλησης**,
3. **Αναλυτική Βαθμολογία Σπουδών Φοιτητή** (θα εκδοθεί από τη Γραμματεία του Τμήματος Γεωπονίας μετά την κατάθεση της Αίτησης).

Οι φοιτητές καλούνται να συμπληρώσουν την **Αίτηση** και να εξασφαλίσουν υπογεγραμμένη την **Βεβαίωση Αποδοχής Απασχόλησης από τον Φορέα ΠΑ** για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Πρότυπα έντυπα των 2 πρώτων εγγράφων επισυνάπτονται στο τέλος της παρούσας πρόσκλησης. Η υποβολή των ανωτέρω γίνεται ηλεκτρονικά με μορφή ηλεκτρονικών αρχείων στη διεύθυνση email της Γραμματείας: [agro-secr@uop.gr](mailto:agro-secr@uop.gr). Σε ότι αφορά την **Αναλυτική βαθμολογία** η εκτύπωση και προσθήκη αυτής στην αίτηση γίνεται από τη Γραμματεία του Τμήματος.

**Γενικές παρατηρήσεις**

**Να γραφτείτε στο eclass στο μάθημα: «ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΩΝ ΓΕΩΠΟΝΩΝ» και να παρακολουθείτε τις ανακοινώσεις.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  Επώνυμο ..................................................................  Όνομα .......................................................................  Όνομα πατρός ..........................................................  Όνομα μητρός……………………………..…………………………  Σχολή…………………..…………..…………………….................  Τμήμα……………………….……………………………………………  Αρ. Μητρώου .........................................................  Α.Φ.Μ…………………………………………………………………….  Εξάμηνο σπουδών ………………………………………………..  **Διεύθυνση :**  Οδός ............................................Αρ. .......................  Πόλη ……….………………………….……..............................  Ταχ. Κώδικας……………………….…………………………………  ΤΗΛ. ...............................................................………..  Email:..………………………………………………………………..…  Ημερομηνία έναρξης Πρακτικής Άσκησης……………………………………………………  ΘΕΜΑ : **Έγκριση Πρακτικής Άσκησης**  ΚΑΛΑΜΑΤΑ ...... / ...... / ……  **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**  **Εγκρίνεται η πραγματοποίηση της Π.Α. στη βάση των δεδομένων και των επισυναπτόμενων της αίτησης και ορίζονται:**  **α. Ημερομηνία έναρξης Π.Α…..**.......................  **β. Επόπτης Καθηγητής**......................................  **Για την Επιτροπή**  **Ο/Η Πρόεδρος Τα μέλη** | **ΠΡΟΣ**  **Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης φοιτητών**  **Τμήματος ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ δια μέσου της Γραμματείας**  Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την πραγματοποίηση της πρακτικής μου άσκησης στην υπηρεσία / επιχείρηση με τα παρακάτω στοιχεία :  Επωνυμία................................................................................................…..………………………………………………………….…….............................................................................................  Έδρα - Διεύθυνση ................................................…………..................................  .....................................................…………………………....................………………………………………………………………………………..  Αντικείμενο εργασιών.........................................…............ ....................................................................................................................................………………………………..………………..  Εκπρόσωπος .....……............................................................ Τηλέφωνο/e-mail................................................................  ………………………………………………………………………………………..  Δηλώνω υπεύθυνα ότι:  α) Επιθυμώ [ ], δεν επιθυμώ [ ] να συμμετάσχω στο χρηματοδοτούμενο μέσω ΕΣΠΑ Πρόγραμμα Π.Α. και  β) εντός **ενός μηνός** από την λήξη της πρακτικής μου άσκησης, οφείλω να καταθέσω με δική μου ευθύνη το βιβλίο Π.Α. συμπληρωμένο (φορέας, επόπτης εκπαιδευτικός, πρόεδρος τμήματος) καθώς και βεβαίωση περάτωσης της πρακτικής άσκησης από τον Φορέα στη Γραμματεία του Τμήματος.  **Ο/Η Αιτών/ούσα**    Υπογραφή  **Συνημμένα:**  1.**Αναλυτική Βαθμολογία Σπουδών Φοιτητή** (θα εκδοθεί από τη Γραμματεία του Τμήματος Γεωπονίας μετά την κατάθεση της Αίτησης)  2.Βεβαίωση αποδοχής απασχόλησης από το φορέα |

|  |
| --- |
| **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**  **ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**  Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η,……………………………………………………………………………………………………………..  νόμιμος/η εκπρόσωπος της Επιχείρησης ή Δημόσιου φορέα,…………………………………………………………………. |
| με επωνυμία: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Διεύθυνση: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Αντικείμενο εργασιών : …………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **βεβαιώνω** ότι:  Α. αποδεχόμαστε το αίτημα του/της………………………………………………………………………………………………………..  φοιτητή/τριας του Τμήματος…………………………………………………………………………………του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (πρώην ΤΕΙ Πελοποννήσου) να πραγματοποιήσει την Πρακτική Άσκησή του, στην Επιχείρησή μας /Φορέα μας και αποδεχόμαστε [ ], δεν αποδεχόμαστε [ ] τη συμμετοχή του στο χρηματοδοτούμενο μέσω ΕΣΠΑ πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης του Πανεπιστημίου.  Β. Θα ασφαλίσουμε τον/την φοιτητή/τρια (**στην περίπτωση που δεν επιδοτείται από το χρηματοδοτούμενο μέσω ΕΣΠΑ πρόγραμμα)** κατά επαγγελματικού κινδύνου με βάση το Π.Δ. 174/85 περί «Πρακτικής Άσκησης στο επάγγελμα των σπουδαστών ΤΕΙ» και τις λοιπές συνοδευτικές διατάξεις (1% επί του τεκμαρτού ημερομισθίου της 12ης ασφαλιστικής κλάσης του ΙΚΑ, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις).  Γ. Θα καταβάλουμε μηνιαία αποζημίωση στον/την φοιτητή/τρια σύμφωνα με τους όρους της Ειδικής Σύμβασης που θα υπογράψουμε. Η αποζημίωση θα καταβάλλεται μηνιαίως σε τραπεζικό λογαριασμό του φοιτητή. |
| **Υπεύθυνος -Επόπτης** της Επιχείρησης για την Πρακτική Άσκηση του φοιτητή/τριας, ορίζεται ο/η…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Θέση:…**…………….………………………………………………………………..…………………………………………………………………….. |
| **Επικοινωνία:** Τηλ ……………..…………………………………………… e-mail:…………………………………………………………….  …………/………/202.. |
| **O/Η εκπρόσωπος του Φορέα Απασχόλησης** |  |
| Ονοματεπώνυμο……………………………………………………………………………………………………..  Ιδιότητα……………………………………………………………………………………………………………………. |  |
| Υπογραφή /Σφραγίδα |