

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

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

Α.Φ.Μ.: _____ Δ.Ο.Υ.: _____ Α.Μ.Ε¹. _____

Επωνυμία Επιχείρησης/Φορέα:

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου

Εκπροσώπου: _____

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^{ης} ΣΑΕΚ Ηρακλείου (2saekirak.sch.gr > ενότητες [Πρακτική Άσκηση](#) & [Νομοθεσία](#)).

¹ Αριθμός Μητρώου Εργοδότη. Αποτελεί υποχρεωτικό πεδίο χωρίς τη συμπλήρωση του οποίου δεν μπορεί να γίνει έναρξη της Πρακτικής Άσκησης

Ημερομηνία / / 20.....

(Υπογραφή – Σφραγίδα)