**ΑΙΤΗΣΗ**

ΑΦΜ: ………………………………………….

Α.Μ.Κ.Α: ………………………………………

ΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………….

ΟΝΟΜΑ: ………………………………………

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………………

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ / Σ.Α.Ε.Κ: …………………………

……………………………………

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: …………………………

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: …………………………………

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: …………………………………

e-mail: ………………………………………….

(ΤΟΠΟΣ) ,…………………….………

**ΠΡΟΣ:**  **ΕΛΓΟ-ΔΗΜΗΤΡΑ**

**Σ.Α.Ε.Κ ………………………….**

Παρακαλώ για την απαλλαγή μου από την Πρακτική Άσκηση επειδή έχω συμπληρώσει εκατόν είκοσι (120) τουλάχιστον ημερομίσθια ή εκατόν είκοσι (120) τουλάχιστον ημέρες ασφάλισης στην ειδικότητα που έχω εγγραφεί.

**Επισυνάπτονται:**

|  |
| --- |
|  |

Α. Για μισθωτούς:

1. Υπεύθυνη δήλωση.

|  |
| --- |
|  |

2. Αντίγραφο Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης.

|  |
| --- |
|  |

3. Βεβαίωση εργοδότη.

|  |
| --- |
|  |

4. ………………………………………

Β. Για ελεύθερους επαγγελματίες:

|  |
| --- |
|  |

1. Υπεύθυνη δήλωση.

|  |
| --- |
|  |

2. Βεβαίωση Ασφαλιστικού Φορέα (ΟΑΕΕ, ΤΣΜΕΔΕ, κ.ά.) ότι έχουν καταβληθεί ασφαλιστικές εισφορές.

|  |
| --- |
|  |

3. Εκτύπωση από το taxisnet ή Βεβαίωση από το Μητρώο της ΔΟΥ όπου θα αναγράφεται ο ΚΑΔ της επιχείρησης και ότι είναι σε λειτουργία τουλάχιστον 120 ημέρες.

|  |
| --- |
|  |

4. ………………………………….

**Ο/Η ΑΙΤ………….**