**ΑΡ. ΑΠΟΦΑΣΗΣ: ....... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:…./…./……**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ**

O υπογεγραμμένος ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΣ Διοικητής,

νόμιμος εκπρόσωπος του Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ – ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» με ΑΦΜ 999336270, δηλώνω ότι αποδέχομαι τ………………………………………………………………… καταρτιζόμεν…...... της Σ.Α.Ε.Κ Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» της ειδικότητας ΒΟΗΘΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ προκειμένου να κάνει 960 ώρες Πρακτική Άσκηση για το διάστημα από………..………….….έως……………..……

Στο παραπάνω διάστημα ο/η πρακτικά ασκούμεν………. θα ασχοληθεί με τα παρακάτω αντικείμενα εργασίας σχετικά με την ειδικότητα τ…..

1. *ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ*
2. *ΠΑΡΟΧΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ*

Ως επόπτες της πρακτικής άσκησης ορίζονται:

1. Ο επιβλέπων στο Χώρο Εργασίας με την ιδιότητα Προϊστάμενος Παθολογικού ή Χειρουργικού τμήματος, ο οποίος θα κάνει την καθημερινή ανάθεση εργασιών και τον έλεγχο αυτών
2. Η Διευθύντρια της ΣΑΕΚ, ή άλλη οριζόμενη από αυτήν εκπαιδευτικός της ΣΑΕΚ, με την ιδιότητα του Συντονιστή Πρακτικής Άσκησης, η οποία θα πραγματοποιεί επιτόπιο έλεγχο στον χώρο εργασίας και θα έχει την ευθύνη για την υπογραφή του βιβλίου της πρακτικής άσκησης.

Το ωράριο τ…… καταρτιζόμεν…… θα είναι από……..……… έως…………….. Δηλώνω ότι αποδέχομαι την εποπτεία της Γ.Γ.Ε.Ε.Κ.Δ.Β.Μ. σχετικά με το έργο της Πρακτικής Άσκησης, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 15 της Υπ΄ Αρ. Γ6α/ΓΠ.7037 Υ.Α, ΦΕΚ 4445/22-8-2022 «Κανονισμός Λειτουργίας των Δημόσιων Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΔΙΕΚ) αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και του Ι.Ε.Κ. ΕΚΑΒ και σύμφωνα με την μετονομασία τους σε Σχολές Ανώτερης Επαγγελματικής Κατάρτισης (Σ.Α.Ε.Κ) Νόμος Υπ΄Αρ. 5082/19-1-2024

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ