



**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ  
ΦΟΡΕΑ**

**Στοιχεία Ασκούμενου Φοιτητή**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Αριθμός Μητρώου: \_\_\_\_\_ Τηλ: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Στοιχεία Συνεργαζόμενου Φορέα**

Όνομασία: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Επόπτη Εκπαιδευτή: \_\_\_\_\_

Τηλ: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Βεβαίωση**

Με το παρόν βεβαιώνεται ότι ο/η ασκούμενος/η  
φοιτητής/τρια ολοκλήρωσε επιτυχώς την Πρακτική Άσκηση  
στο/η \_\_\_\_\_

Για το Συνεργαζόμενο Φορέα:  
(Όνοματεπώνυμο Επόπτη Εκπαιδευτή) \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Συμπλήρωσης (Ημέρα-Μήνας-Έτος): \_\_\_\_\_

Υπογραφή Επόπτη Εκπαιδευτή Συνεργαζόμενου Φορέα: