



Γραφείο Πρακτικής Άσκησης
ΙΟΝΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

Βεβαίωση ολοκλήρωσης Πρακτικής Άσκησης από Συνεργαζόμενο Φορέα

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: _____



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

