



## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

(συμπληρώνεται από τον εκπρόσωπο του Φορέα Υποδοχής)

1. Πλήρης επωνυμία φορέα υποδοχής :

2. Στοιχεία επικοινωνίας φορέα:

Διεύθυνση:

(οδός, αριθ., πόλη, ταχ. κώδ.)

Τηλέφωνο:

E-mail:

Website:


Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα ..... νόμιμος εκπρόσωπος του  
Φορέα Υποδοχής με επωνυμία ..... βεβαιώνω ότι ο/η ασκούμενος/η  
φοιτητής/τρια ..... του Τμήματος .....  
Απασχολήθηκε κατά το διάστημα από .. /.. /2023 έως και .. /.. /2023 και ολοκλήρωσε επιτυχώς την  
Πρακτική Άσκησή του.

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπρόσωπου  
Φορέα/Όνοματεπώνυμο Φυσικού Προσώπου

.....  
Ημερομηνία

.....  
Υπογραφή

.....  
Σφραγίδα

