



## 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 .. /.. /2024 έως και  
.. /.. /2024 και ολοκλήρωσε επιτυχώς την Πρακτική Άσκησή του.

Όνοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπρόσωπου  
Φορέα/Όνοματεπώνυμο Φυσικού Προσώπου

.....  
Ημερομηνία

.....  
Υπογραφή

.....  
Σφραγίδα

