

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 .. /.. /2026 έως και
.. /.. /2026 και ολοκλήρωσε επιτυχώς την Πρακτική Άσκησή του.

Ονοματεπώνυμο Νόμιμου Εκπρόσωπου
Φορέα/Ονοματεπώνυμο Φυσικού Προσώπου

.....
Ημερομηνία

.....
Υπογραφή

.....
Σφραγίδα