**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ**

**…./…../2024**

**ΠΡΟΣ**

**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών**

**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ……...………………………………. Νόμιμος Εκπρόσωπος της Επιχείρησης ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… με στοιχεία:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επωνυμία:** |  | | | |
| **Α.Φ.Μ. Φορέα:** |  | | | |
| **Διεύθυνση:** |  | **Τ.Κ.:** | | **Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο:** |  | **E-mail:** | | |
| **Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Π.Α:** |  | | | |
| **Βασικό Πτυχίο AEI του Επόπτη Πρακτικής (τίτλος πτυχίου, εκπαιδευτικό ίδρυμα):** |  | | **Τηλέφωνο:** | |
| **E-mail:** | |

δηλώνω ότι αποδεχόμεθα τον/την φοιτητή/τρια …………….……….……………………………………..… του Τμήματός σας προκειμένου να πραγματοποιήσει την Πρακτική του/της Άσκηση από ………….……….. έως……………………..

**Το αντικείμενο της Πρακτικής Άσκησης θα είναι:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

**(Υπογραφή-Σφραγίδα)**