|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:**  |  |
| **Α.Φ.Μ.:**  |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**  |  |
| **Ε-mail:**  |  |

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΑΠΟ ΦΥΠΑ)

…/…/2024

Βεβαιώνεται ότι ο/η ……………………………………………….……… ………..……………...………… του ………………………….. φοιτητής/-τρια του Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με αρ. φοιτητικού μητρώου *(Α.Μ.)* ………..……, απασχολήθηκε το χρονικό διάστημα από …./……/….. έως ……/……/….. στο φορέα ………………………………………….…………………………………………………………………..…, που εδρεύει στον/ην …………………………………………………………………………………………, νομίμως εκπροσωπούμενο από τον/την …………………………………………………………………

Η εργασία του/της εν λόγω φοιτητή/-τριας αποτελεί πρακτική άσκηση.

 Για το (όνομα Τμήματος)

Για το Φορέα Απασχόλησης

Ονοματεπώνυμο

(*υπογραφή / σφραγίδα)*