**Έντυπο 1 (συμπληρώνεται από τον Φορέα Υποδοχής Πρακτικής Άσκησης)**

**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΦΥΠΑ)**

**…./…../2024**

**ΠΡΟΣ**

**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος Βιοϊατρικών Επιστημών**

**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

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

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ……...………………………………. Νόμιμος Εκπρόσωπος του Φορέα Υποδοχής Πρακτικής Άσκησης με στοιχεία:

|  |  |
| --- | --- |
| **Επωνυμία:** |  |
| **Α.Φ.Μ. Φορέα:**  |  |
| **Διεύθυνση:** |  | **Τ.Κ.:**  | **Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο:**  |  | **E-mail:** |
| **Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Π.Α:** |  |
| **Θέση εργασίας στον ΦΥΠΑ:** |  | **Τηλέφωνο:**  |

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Σημειώνεται ότι, η ασφάλιση του ασκούμενου φοιτητή καλύπτεται από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή 2021-2027» και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ).

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

**(Υπογραφή-Σφραγίδα)**