**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: ……../…../2025**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**Επωνυμία φορέα)** με στοιχεία:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Επωνυμία:** |  | | | | |
| **ΑΦΜ / ΔΟΥ :** |  | | | | |
| **Αντικείμενο Εργασιών:** |  | | | | |
| **Διεύθυνση:** |  | | | **Τ.Κ.:** | **Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο:** |  | | **E-mail:** | | |
| **Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Πρακτικής Άσκησης (Επόπτης Πρακτικής):** |  | | | | |
| **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 για το διάστημα από ……/……/…….. έως ……/………/……..

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

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

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

**(Υπογραφή-Σφραγίδα)**