

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-mail:

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

..... / /

Βεβαιώνεται ότι ο/η (ονοματεπώνυμο φοιτητή/ριας) ΤΟΥ
(πατρώνυμο) φοιτητής/ρια του Τμήματος (ονομασία Τμήματος)
..... της Σχολής (ονομασία Σχολής)
..... του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας
(πρώην Τ.Ε.Ι Δυτικής Μακεδονίας),, με αρ. φοιτητικού μητρώου (αρ. φοιτητικού μητρώου)
....., απασχολήθηκε το χρονικό διάστημα από:

Ημερομηνία έναρξης / /

Ημερομηνία αναστολής / /

Ημερομηνία επανέναρξης / /

Ημερομηνία λήξης / /

στο φορέα (επωνυμία φορέα) που εδρεύει στον/ην (πόλη, οδός,
αριθμός) νομίμως εκπροσωπούμενο/η από τον/ην
(ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου)

Για το Φορέα
Απασχόλησης

.....

Ονοματεπώνυμο
(υπογραφή/σφραγίδα)