

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  
με αρ. φοιτητικού μητρώου (αρ. φοιτητικού μητρώου) ....., απασχολήθηκε το χρονικό  
διάστημα από .... / ..... / ..... έως .... / ..... / ..... 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)