

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:

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)