

(Στοιχεία εταιρείας/υπηρεσίας/ σφραγίδα)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

Α.Φ.Μ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-mail:

Τόπος:.....

Ημερομηνία:.....

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ  
ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ  
ΑΠΟ ΤΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ι.Γ.**

Βεβαιώνεται ότι ο/η φοιτητής/τρια.....  
του ..... (όνομα πατρός) με Α.Μ. .... (αρ.  
φοιτητικού μητρώου) του Τμήματος ..... του  
Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας πραγματοποίησε την Πρακτική του/της Άσκηση στο φορέα  
(επωνυμία φορέα) ..... που εδρεύει στον/ην  
(πόλη, οδός, αριθμός) .....  
νομίμως εκπροσωπούμενο/η από τον/την (ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου)  
.....,  
από .../.../..... έως και .../.../....., όπου και αναστάλει λόγω των περιοριστικών μέτρων για την  
προστασία της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο της περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού SARS-  
Cov-2 και διακόπτεται λόγω της μη δυνατότητας συνέχισης της Π.Α. με μεθόδους εξ'αποστάσεως  
(τηλεργασία).

**Ο Φορέας Απασχόλησης**

.....  
Ονοματεπώνυμο  
(υπογραφή / σφραγίδα)