

Ι(Στοιχεία εταιρείας/υπηρεσίας/ σφραγίδα)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:

Α.Φ.Μ.:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

E-mail:

Τόπος:.....

Ημερομηνία:.....

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

**ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**ΑΠΟ ΤΟ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ Ι.Γ.**

(ΦΕΚ 1935/Τ.Β'/20.5.2020, ολοκλήρωση του 70% και πάνω της ΠΑ)

Ο φορέας απασχόλησης ..... (επωνυμία) που εκπροσωπείται από τον/την..... (ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου) βεβαιώνει ότι ο/η φοιτητής/τρια..... του ..... (όνομα πατρός) με Α.Μ. ....(αριθμό φοιτητικού μητρώου) του Τμήματος ..... του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας .....πραγματοποίησε την πρακτική άσκηση το χρονικό διάστημα από .../.../..... μέχρι .../.../..... και **την ολοκληρώνει βάσει του ΦΕΚ1935/Τ.Β'/20.05.2020, "Ρυθμίσεις σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία των προγραμμάτων σπουδών πρώτου και δεύτερου κύκλου, τη διενέργεια κλινικών και εργαστηριακών ασκήσεων, την πρακτική άσκηση φοιτητών και τη διεξαγωγή των εξετάσεων κατά το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2019-2020"**.

Ο Φορέας Απασχόλησης

.....  
Ονοματεπώνυμο  
(υπογραφή / σφραγίδα)