

(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 ΙΙ.Β**

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)