**ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΦΥΠΑ)**

………………………………………..…………………………………………………. **……../…../2023**

**ΠΡΟΣ**

**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος Μηχανικών Βιοϊατρικής**

**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ……...……………………………………………………………. Νόμιμος Εκπρόσωπος του Φορέα Υποδοχής Πρακτικής Άσκησης με στοιχεία:

|  |  |
| --- | --- |
| **Επωνυμία:** |  |
| **Α.Φ.Μ. Φορέα:**  |  |
| **Διεύθυνση:** |   | **Τ.Κ.:**  | **Πόλη:** |
| **Τηλέφωνο:**  |  | **E-mail:** |
| **Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Π.Α:** |  |
| **Θέση εργασίας στον ΦΥΠΑ:** |   | **Τηλέφωνο:** |

δηλώνω ότι αποδεχόμεθα τον/την φοιτητή/τρια …………….……….……………………………..………… του Τμήματός σας προκειμένου να πραγματοποιήσει την Πρακτική του/της Άσκηση για το διάστημα από ……………….. έως…………………..

**Το αντικείμενο της Πρακτικής Άσκησης θα είναι:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 **Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Υπογραφή-Σφραγίδα)