|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:**  |  |
| **Α.Φ.Μ.:**  |  |
| **ΤΗΛΕΦΩΝΟ:**  |  |
| **Ε-mail:**  |  |

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΑΠΟ ΦΥΠΑ)

 …… / …….. / ……..

Βεβαιώνεται ότι ο/η *(ονοματεπώνυμο φοιτητή/-τριας)* ……………………………………………….……… ………..……………...………… του *(πατρώνυμο)* ………………………….. φοιτητής/-τρια του Τμήματος Μηχανικών Βιοϊατρικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με αρ. φοιτητικού μητρώου *(Α.Μ.)* ………..……, απασχολήθηκε το χρονικό διάστημα από …./……/….. έως ……/……/….. στο φορέα *(επωνυμία φορέα)* ……………………………………………………………………..…… που εδρεύει στον/ην *(πόλη, οδός, αριθμός)* ……………………………………………… νομίμως εκπροσωπούμενο/η από τον/την *(ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου)* ……………………………………………………………………………………………………..

Η εργασία του/της εν λόγω φοιτητή/-τριας αποτελεί πρακτική άσκηση.

 Για το (όνομα Τμήματος)

……………………………….. Για το Φορέα Απασχόλησης

 …………………………..

 Ονοματεπώνυμο Επιστ. Υπευθύνου Ονοματεπώνυμο ( *(υπογραφή / σφραγίδα)*