



**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ
ΦΟΡΕΑ**

Στοιχεία Ασκούμενου Φοιτητή

Όνοματεπώνυμο: _____

Αριθμός Μητρώου: _____ Τηλ: _____ e-mail: _____

Στοιχεία Συνεργαζόμενου Φορέα

Όνομασία: _____

Όνοματεπώνυμο Επόπτη Εκπαιδευτή: _____

Τηλ: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Βεβαίωση

Με το παρόν βεβαιώνεται ότι ο/η ασκούμενος/η
φοιτητής/τρια ολοκλήρωσε επιτυχώς την Πρακτική Άσκηση
στο/η _____

Για το Συνεργαζόμενο Φορέα:
(Όνοματεπώνυμο Επόπτη Εκπαιδευτή) _____

Ημερομηνία Συμπλήρωσης (Ημέρα-Μήνας-Έτος): _____

Υπογραφή Επόπτη Εκπαιδευτή Συνεργαζόμενου Φορέα: