

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ  
ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, εργαζόμενος/η της Επιχείρησης/του Δημόσιου φορέα, με την επωνυμία: \_\_\_\_\_, που εδρεύει στην Δ/νση: \_\_\_\_\_ και Υπεύθυνος/η της Πρακτικής Άσκησης του/της \_\_\_\_\_, Φοιτητή/τριας του Τμήματος \_\_\_\_\_ Κοινωνικής Εργασίας \_\_\_\_\_ του ΤΕΙ Δυτ.Ελλάδας **βεβαιώνω** ότι ο εν λόγω Φοιτητής/τρια πραγματοποίησε την Πρακτική Άσκηση του/της, στην Επιχείρησή/στον φορέα μας κατά το χρονικό διάστημα: από \_\_\_\_\_ έως \_\_\_\_\_, σύμφωνα με το οριζόμενο κατά την έναρξη της Πρακτικής Άσκησης Πρόγραμμα εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, ο/η Φοιτητής/τρια ασκήθηκε - εκπαιδεύτηκε στα κάτωθι αντικείμενα:

- α) \_\_\_\_\_
- β) \_\_\_\_\_
- γ) \_\_\_\_\_
- δ) \_\_\_\_\_

*(αναγράφονται τα Τμήματα-Τομείς δραστηριότητας της επιχείρησης/Δημόσιου φορέα που ασκήθηκε ο/η εκπαιδευόμενος/η)*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Για το Φορέα Απασχόλησης

\_\_\_\_\_  
*(Όνοματεπώνυμο)*

\_\_\_\_\_  
*(Ιδιότητα)*

\_\_\_\_\_  
*(Υπογραφή Σφραγίδα)*

## ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, εργαζόμενος/η της Επιχείρησης/του Δημόσιου φορέα, με επωνυμία: \_\_\_\_\_, που εδρεύει στην Δ/νση: \_\_\_\_\_ και Υπεύθυνος/η της Πρακτικής Άσκησης του/της \_\_\_\_\_, Φοιτητή/τριας του Τμήματος \_\_\_\_\_ Κοινωνικής Εργασίας \_\_\_\_\_ του ΤΕΙ Δυτ.Ελλάδας **βεβαιώνω** ότι ο εν λόγω Φοιτητής/τρια πραγματοποίησε την Πρακτική Άσκηση του/της, στην Επιχείρησή/στον φορέα μας κατά το χρονικό διάστημα: από \_\_\_\_\_ έως \_\_\_\_\_, σύμφωνα με το οριζόμενο κατά την έναρξη της Πρακτικής Άσκησης Πρόγραμμα εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, ο/η Φοιτητής/τρια ασκήθηκε - εκπαιδεύτηκε στα κάτωθι αντικείμενα:

- α) \_\_\_\_\_
- β) \_\_\_\_\_
- γ) \_\_\_\_\_
- δ) \_\_\_\_\_

(αναγράφονται τα Τμήματα-Τομείς δραστηριότητας της επιχείρησης/Δημόσιου φορέα που ασκήθηκε ο/η εκπαιδευόμενος/η)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Για το Φορέα Απασχόλησης

\_\_\_\_\_  
(Όνοματεπώνυμο)

\_\_\_\_\_  
(Ιδιότητα)

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή Σφραγίδα)

*Ο Πρόεδρος του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας  
βεβαιώνει την επιτυχή ολοκλήρωση της Πρακτικής Άσκησης  
για το ανωτέρω χρονικό διάστημα και φοιτητή/τρια.*

**Δρ. Ιωάννης Δρίτσας**

(Υπογραφή – Σφραγίδα Τμήματος)



**Επιχειρησιακό Πρόγραμμα  
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,  
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση**  
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

