

**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 \_\_\_\_\_ Φυσικοθεραπείας \_\_\_\_\_ του ΤΕΙ Δυτικής 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)*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Για το Φορέα Απασχόλησης

\_\_\_\_\_  
*(Ονοματεπώνυμο)*

\_\_\_\_\_  
*(Ιδιότητα)*

\_\_\_\_\_  
*(Υπογραφή Σφραγίδα)*