**Τόπος**: …………………………………..

**Ημερομηνία**: ….…………………….

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

Ο φορέας απασχόλησης …………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………… *(επωνυμία εταιρίας ή υπηρεσίας)* που εκπροσωπείται από τον/την ……………………………………………………………………………………………… *(ονοματεπώνυμο νόμιμου εκπροσώπου)* βεβαιώνει ότι ο/η φοιτητής/τρια

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… του

…………………………………………………… *(όνομα πατρός)* με Α.Μ. …………………………………………… του Τμήματος

………………………………………………………………………………………του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος **ολοκλήρωσε** την ………..**μηνη** (….. **μήνες**) πρακτική τ………… άσκηση, το χρονικό διάστημα από ……………. μέχρι ……………………………...

Ο φορέας απασχόλησης

*(Ονοματεπώνυμο Υπογραφή & Σφραγίδα)*