**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 |  | , |
| Σπουδαστή/στριας του Τμήματος |  | του ΤΕΙ Πάτρας  |
| **βεβαιώνω** ότι ο εν λόγω Σπουδαστής/στρια 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 Σπουδαστής ασκήθηκε - εκπαιδεύτηκε στα  |
| κάτωθι αντικείμενα: |
| α) | Παθολογική Νοσηλευτική (τρεις μήνες) |
| β) | Χειρουργική Νοσηλευτική (τρεις μήνες) |
| 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)* |