|  |  |
| --- | --- |
| **ΛΟΓΟΤΥΠΟ**  **ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ** | Τόπος**: ……………………….**  Ημερομηνία: …./07/2020 |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Η επιχείρηση/φορέας ……………………………………………………… που εδρεύει …………………………………………………………… απασχόλησε το/τη φοιτητή/ρια ……………………………………………………………………………………………………………………………………του Τμήματος ……………………………………………………………………………………… του Δι.Πα.Ε. – Πανεπιστημιούπολη Καβάλας ως πρακτικά ασκούμενο/η για το διάστημα από **01/11/2019** έως και **17/03/2020 (12/03/2020 για το Τμήμα Νοσηλευτικής) και από 01/06/2020 έως και 15/07/2020 (19/07/2020 για το Τμήμα Νοσηλευτικής)** με την Πράξη **«Πρακτική Άσκηση Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης»** που υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανταγωνιστικότητα - Επιχειρηματικότητα - Καινοτομία 2014-2020» και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο).

[Υπογραφή Νόµιµου Εκπροσώπου και σφραγίδα Φορέα]