

Έντυπο 2 (συμπληρώνεται από τον Φορέα)

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

...../...../ 201....

ΠΡΟΣ  
Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης  
Τμήματος Βιοιατρικών Επιστημών  
Κατεύθυνσης Οδοντικής Τεχνολογίας,  
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΛΗΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΟΥ/ΤΡΙΑΣ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ..... νόμιμος εκπρόσωπος του Φορέα  
Απασχόλησης με στοιχεία:

Επωνυμία:			
Διεύθυνση:		T.K.:	Πόλη:
Τηλέφωνο:		FAX:	
E-mail:			
Υπεύθυνος του Φορέα για την επίβλεψη της Π.Α:			
Θέση εργασίας στο Φορέα:		Τηλέφωνο:	

δηλώνω ότι ο/η φοιτητής/τρια ..... του Τομέα  
Οδοντικής Τεχνολογίας του Τμήματος Βιοιατρικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής  
περάτωσε την Πρακτική του/της Άσκηση για το διάστημα από ..... έως.....

**Το αντικείμενο της Πρακτικής Άσκησης ήταν: Κατασκευή Οδοντοπροσθετικών Εργασιών**

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**