##

## **ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ**

## **ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

## **Ταχ. Δ/νση** : Αγ. Σπυρίδωνα 12243 Αιγάλεω Βαθμός Ασφαλείας :

## **Τηλέφωνο** : 210/5387485 Ημερομηνία :

## **FAX** : Αριθμ. Πρωτοκ. :

## **E-Mail** : physio@uniwa.gr Βαθμός Προτεραιότητας :

## **Πληροφορίες** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **ΠΡΟΣ:** |   |  **Τη Γραμματεία**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 **ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η φοιτητής **………………………………………………**του …………………..

 **με Α.Μ ……………..,** στα πλαίσια της Πρακτικής Άσκησης του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ασκήθηκε ανελλιπώς στον φορέα: …………………………………………………………………………………………………

Αντικείμενο: ………………………………………………………………………………………………………………..

Επόπτης από το Φορέα : ……………………………………………………………………………………………….

Επόπτης από το Τμήμα : **……………………………………………………………………………….**

Ημερομηνία Έναρξης: **…………………………………………………………………………………..**

Ημερομηνία Λήξης: **……………………………………………………………………………………..**

Κατάσταση: Ολοκληρώθηκε

Βαθμός (ολογράφως και αριθμητικά): **………………………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Η ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ**

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

 **Γ. ΠETTA Ε,ΠΑΤΣΑΚΗ Δ. ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ**

 **…………………. …………………. …………………**