

Ημερομηνία: ...../...../.....

**ΠΡΟΣ**  
**Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης Τμήματος**  
**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**  
**Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ..... Νόμιμος Εκπρόσωπος της επιχείρησης

**Επωνυμία φορέα** με στοιχεία:

<b>Επωνυμία:</b>			
<b>ΑΦΜ / ΔΟΥ :</b>			
<b>Αντικείμενο Εργασιών:</b>			
<b>Διεύθυνση:</b>	<b>Τ.Κ.:</b>	<b>Πόλη:</b>	
<b>Τηλέφωνο:</b>	<b>E-mail:</b>		
<b>Υπεύθυνος του ΦΥΠΑ για την επίβλεψη της Πρακτικής Άσκησης (Επόπτης Πρακτικής):</b>			
<b>Βασικό Πτυχίο ΑΕΙ του Επόπτη Πρακτικής (τίτλος πτυχίου, εκπαιδευτικό ίδρυμα):</b>	<b>Τηλέφωνο:</b>	<b>E-mail:</b>	

δηλώνω ότι αποδεχόμεθα τον/την φοιτητή/τρια ..... του Τμήματός σας προκειμένου να πραγματοποιήσει την Πρακτική του/της Άσκηση για το διάστημα από ...../...../..... έως ...../...../.....

**Το αντικείμενο της Πρακτικής Άσκησης θα είναι:**

.....  
.....  
.....

**Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ**

(Υπογραφή-Σφραγίδα)