**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΡΕΑ/ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η σπουδαστής/τρια ……………………………………..……………………………..……………………. του Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Ιατρικών Εργαστηρίων της Σχολής ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Εισαγωγής (Τ.ΕΙ. Θεσσαλίας**) γίνεται δεκτός/ή** για την πραγματοποίηση της Πρακτικής Άσκησης για έξι (6) μήνες με έναρξη **02/12/2024 και λήξη 31/05/2024.**

Τόπος, ……………………….……….….. ……../……../2024

**Ο Νόμιμος Εκπρόσωπος ή ο Επόπτης (Επιβλέπων) από το Φορέα Απασχόλησης**

**………………………………………………………..……………….**

**(ΥΠΟΓΡΑΦΗ και ΣΦΡΑΓΙΔΑ)**