**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΡΕΑ/ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η σπουδαστής /τρια ………………………………………………………………..……………………. του Προγράμματος Σπουδών ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ 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 01/11/2020 και λήξη 30/04/2021.

Τόπος, ……………………….……….….. ……../……../2020

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

**………………………………………………………..……………….**

**(ΥΠΟΓΡΑΦΗ και ΣΦΡΑΓΙΔΑ)**