**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΡΕΑ / ΕΡΓΟΔΟΤΗ / ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η σπουδαστής/τρια …………………………….………………………………........του

(Ονοματεπώνυμο & όνομα πατρός)

Προγράμματος Σπουδών Ιατρικών Εργαστηρίων Λάρισας του ΤΕΙ Εισαγωγής ΤΕΙ Θεσσαλίας **γίνεται δεκτός/ή** για την πραγματοποίηση της Πρακτικής του/ης Άσκησης μέσω ΕΣΠΑ για έξι (6) μήνες με έναρξη της πρακτικής άσκησης: …../11/2020 και λήξη …../05/2021.

[Τόπος, ……./……./ 20..…..]

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

…………………………….…………...

[**ΥΠΟΓΡΑΦΗ** και **ΣΦΡΑΓΙΔΑ**]