**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΦΟΡΕΑ/ΕΡΓΟΔΟΤΗ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η σπουδαστής/τρια ……………………………………..……………………………..……………………. του Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος 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 01/07/2021 και λήξη 31/12/2021.

Τόπος, ……………………….……….….. ……../……../2021

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

**………………………………………………………..……………….**

**(ΥΠΟΓΡΑΦΗ και ΣΦΡΑΓΙΔΑ)**