**Ε.04.02 - ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ ΕΝΑΡΞΗΣ Π.Α.**

|  |
| --- |
|  |
| *Η βεβαίωση κάλυψης προϋποθέσεων έναρξης Πρακτικής Άσκησης πιστοποιεί ότι ο/η αναγραφόμενος φοιτητής/φοιτήτρια θεμελιώνει δικαίωμα έναρξης Πρακτικής Άσκησης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που έθεσε με αποφάσεις της η Συνέλευση του Τμήματος και τον ισχύοντα κανονισμό Πρακτικής Άσκησης. Η βεβαίωση φέρει το ονοματεπώνυμο και την υπογραφή του/της Επιστημονικά Υπευθύνου/ης της Πρακτικής Άσκησης. Η συμπλήρωση της βεβαίωσης γίνεται από τον/την Επιστημονικά Υπεύθυνο/ης της Πρακτικής Άσκησης και φέρει υπογραφή και σφραγίδα.* |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Πατρώνυμο: |  | Αρ. Γεν. Μητρώου: |  |
| Εξάμηνο φοίτησης: |  | Ακαδημαϊκό έτος εισαγωγής: |  |
|  |
|  |
| Βεβαιώνω ότι ο/η φοιτητής/φοιτήτρια του Τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας που αναγράφεται παραπάνω, θεμελιώνει δικαίωμα έναρξης Πρακτικής Άσκησης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που έθεσε με αποφάσεις της η Συνέλευση του Τμήματος και τον ισχύοντα κανονισμό Πρακτικής Άσκησης.Η βεβαίωση αυτή χορηγείται για την έναρξη Πρακτικής Άσκησης του/της αναγραφόμενου/ης. |
|  |
| **Ημερομηνία**: | ........ / …….. / ……………. |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **Σφραγίδα Τμήματος** |  | **Ο/Η Επιστημονικά Υπεύθυνος/η Πρακτικής Άσκησης του ΤΔΔ***(υπογραφή - σφραγίδα υπευθύνου/ης)* |