**ΠΡΟΣ ΤΟ ΤΜΗΜΑ:**

# ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΦΟΡΕΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΔΙΑ ΖΩΣΗΣ

(Συμπληρώνεται από τον φορέα απασχόλησης)

Ο/Η υπογεγραμμένος/η …………………………………………………… νόμιμος εκπρόσωπος της Επιχείρησης / Υπηρεσίας (Φορέας Απασχόλησης) με επωνυμία ……………………….................. δηλώνω ότι με τη σύμφωνη γνώμη του/της φοιτητή/τριας ……………………………………….. του Τμήματος ………………………………………………… του ΕΛΜΕΠΑ που πραγματοποίει την πρακτική άσκηση στο φορέα μας εξ αποστάσεως, επιθυμούμε να συνεχιστεί η πρακτική άσκηση δια ζώσης από 1/6/2021 σύμφωνα με το ΦΕΚ 1872/Β΄/8.5.2021 έως την ολοκλήρωση του εξαμήνου, λαμβάνοντας υπόψη τους ειδικότερους όρους και κανόνες για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Έχουμε ενημερωθεί για τη διενέργεια του αυτοδιαγνωστικού ελέγχου (self test) νόσησης από τον κορωνοϊό COVID-19 σύμφωνα με το ΦΕΚ 1866/Β΄/7.5.2021.

|  |  |
| --- | --- |
| **Για το Φορέα Πρακτικής Άσκησης**  (Ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα) | **Εγκρίνεται από το Τμήμα**  (Ονοματεπώνυμο, υπογραφή, σφραγίδα) |