



Πανεπιστήμιο  
Κύπρου

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**  
**ΑΠΟ ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ**  
**(π.χ. ΑΠΟ ΦΟΙΤΗΤΕΣ / ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ)**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: .....

ΤΜΗΜΑ / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: .....

ΤΙΤΛΟΣ / ΘΕΣΗ: .....

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ: .....

.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ: .....

ΚΟΣΤΟΣ: .....

**Αναγνωρίζω ότι αποτελεί υποχρέωση μου η συνεισφορά στο Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων.**

.....  
Υπογραφή Φοιτητή  
/Άλλου Συνεργάτη

.....  
Ημερομηνία

**ΕΓΚΡΙΣΗ**

Εγκρίνεται πληρωμή του ποσού των: .....

.....  
Όνομα Εξουσιοδοτημένου Υπεύθυνου Κονδυλίου

.....  
Υπογραφή

.....  
Ημερομηνία