**** ΑΡ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :

(Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία)

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ (ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΩΗΝ ΤΕΙ)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | |  | | | | |
| Όνομα: |  | | | | | |
| Όνομα Πατρός: | | |  | | | |
| Όνομα Μητρός: | | | |  | | |
| Α.Μ. Τμήματος: | | |  | | | |
| Τυπ. εξάμηνο φοίτησης: | | | | | |  |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | | | | |  | |
| Αρ. Αστυν. Ταυτότητας... | | | | | | ……………………………………. |
| AMKA | | | | | |  |

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Οδός: |  | | | | | |
| Αριθμός: | | |  | | Τ.Κ.: |  |
| Πόλη/Χωριό: | | | |  | | |
| Νομός: | |  | | | | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Τηλέφωνο Οικίας: | |  |
| Κινητό Τηλέφωνο: | |  |
| Ε-mail: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Πάτρα, |  | / |  | / |  | 20 |

**ΠΡΟΣ:**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την πραγματοποίηση της εξάμηνης Πρακτικής Άσκησής μου, στην Υπηρεσία/φορέα με επωνυμία :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

και έδρα:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |

*(Υπογραφή)*