**** 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)*