**ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | |  | |
| Όνομα: |  | | |
| Όνομα Πατέρα: | | |  |
| Α.Μ. Τμήματος: | | |  |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

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

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

**Συνημμένα**:

1. Βεβαίωση φορέα απασχόλησης υλοποίησης της ΠΑ.
2. Το βιβλίο Πρακτικής Άσκησης.
3. Αξιολόγηση δεξιοτήτων & συμπεριφοράς σπουδαστή/στριας από τον επόπτη του φορέα απασχόλησης στο πλαίσιο εκπόνησης Πρακτικής Άσκησης.
4. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επιχείρησης από τον σπουδαστή.

**Προς:**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας**

**Πανεπιστήμιο Πατρών**

Παρακαλώ όπως, προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες για την επικύρωση της Πρακτικής Άσκησης μου, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από ............. έως .............. στο φορέα απασχόλησης ........................................... και εποπτεύθηκε από το μέλος ΕΠ του Τμήματος κ/κα ............................ ...........................................

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |

*(Υπογραφή)*