

Ημερομηνία:

Αριθμ. Πρωτ.:

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Όνομα Πατέρα:

Όνομα Μητέρας:

Α.Μ. Τμήματος:

Τυπ. εξάμηνο φοίτησης:

Τόπος Γέννησης:

Ημερομηνία Γέννησης:

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός:

Αριθμός: Τ.Κ.:

Πόλη/Χωριό:

Νομός:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο Οικίας:

Κινητό Τηλέφωνο:

E-mail:

Προς

Τμήμα Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Αποκατάστασης Υγείας

Πανεπιστημίου Πατρών

Παρακαλώ όπως, εγκρίνετε την πραγματοποίηση, της εξαμήνης
Πρακτικής Άσκησης μου, στην Επιχείρηση / Υπηρεσία με:
επωνυμία :

και έδρα:

η οποία, σύμφωνα με τη Βεβαίωση που επισυνάπτω, αποδέχεται
να με εκπαιδεύσει.

Ο/Η Αιτών/ούσα

____ / ____ / 20____

(Υπογραφή)

Συνημμένο:

Βεβαίωση Αποδοχής Επιχείρησης / Υπηρεσίας