**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο: |  |
| Όνομα: |  |
| Όνομα Πατέρα: |  |
| Όνομα Μητέρας: |  |
| Α.Μ. Τμήματος: |  |
| Τυπ. εξάμηνο φοίτησης: |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| Ημερομηνία Γέννησης: |  |
| Αρ. Αστυν. Ταυτότητας: |  |

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΜΟΝΙΜΗΣ) ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

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

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Τηλέφωνο Οικίας: |  |
| Κινητό Τηλέφωνο: |  |
| Ε-mail: |  |
|  |
| Πάτρα, |  | / |  | / | 201 |  |  |

**Συνημμένο:**Βεβαίωση Αποδοχής Φορέα Απασχόλησης

**ΠΠΣ ΟΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ**

**Προς:**

**Τμήμα ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**Σχολή Επιστημών Επαγγελμάτων Υγείας**

**Πανεπιστήμιο Πατρών**

Παρακαλώ όπως, εγκρίνετε την πραγματοποίηση, της εξάμηνης 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 |

*(Υπογραφή)*