**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)*