



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 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

____ / ____ / 20 ____

(Υπογραφή)

Συνημμένο:

Βεβαίωση Αποδοχής Επιχείρησης / Υπηρεσίας