|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΡΑΚΤΙΚΗ AΣΚΗΣΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ AK. ΕΤΩΝ 2022-2023 & 2023-2024»**

**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟΥ ΕΤΟΥΣ 2023-2024**

**ΤΜΗΜΑΤΟΣ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | |
| Αριθμός Μητρώου: |  | Έτος 1ης εγγραφής: |  |
| Τηλέφωνο (κινητό): |  | Εξάμηνο φοίτησης: |  |
| Διεύθυνση: |  | Συνολικός Αριθμός Μαθημάτων στα οποία έχει επιτυχώς εξετασθεί ο φοιτητής μετά από τα αποτελέσματα της εξεταστικής περιόδου Σεπτεμβρίου 2023 (ποσοστό βαρύτητας 50%) |  |
| Email: |  | Μέσος Όρος Βαθμολογίας μαθημάτων(ποσοστό βαρύτητας 50% ): |  |
| Αιτούμαι συμμετοχής στο πρόγραμμα *«Πρακτική Άσκηση Πανεπιστημίου Πατρών ακ. ετών 2022-2023 & 2023-2024» με κωδικό MIS 6004520, η οποία συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και από Εθνικούς Πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού & Κοινωνική Συνοχή» (ΠΠ 2021-2027)*, του Τμήματος Φαρμακευτικής για το ακαδημαϊκό έτος *2023-2024*  - Γνωρίζω ότι η τελική επιλογή μου για συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι συνάρτηση του αριθμού των αιτούντων και της εν γένει επίδοσής μου στις προπτυχιακές σπουδές.  - Δηλώνω υπεύθυνα ότι δεσμεύομαι να τηρήσω τους κανονισμούς και το πλαίσιο υλοποίησης που διέπουν τo πρόγραμμα.  …./…./20….  Ο/Η Αιτών/ούσα  *(Υπογραφή φοιτητή/τριας)*  **>Η αίτηση κατατίθεται υπογεγραμμένη και αποστέλλεται ηλεκτρονικά, από τον ιδρυματικό λογαριασμό ταχυδρομείου ,στην Γραμματεία του τμήματος Φαρμακευτικής (pharminf@upatras.gr).**  **> Πιστοποιητικό Αναλυτικής Βαθμολογίας θα δοθεί εσωτερικά** | | | |