

ΑΙΤΗΣΗ

Πραγματοποίηση Πρακτικής Άσκησης

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΟΝΟΜΑ:

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:

ΕΞΑΜΗΝΟ:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ*:

E-mail*:

Διεύθυνση (Μόνιμης Κατοικίας)*:

.....

.....

*Υποχρεωτικό πεδίο

ΠΡΟΣ

Την επιτροπή Πρακτικής Άσκησης του
Τμήματος Φυσικοθεραπείας του ΔΠΠΑΕ

Παρακαλώ, όπως κάνετε δεκτή την αίτησή
μου για την πραγματοποίηση της πρακτικής
μου άσκησης.

Επιθυμώ να πραγματοποιήσω την πρακτική
μου άσκηση στον παρακάτω φορέα:

Για ιδιωτικό φορέα υποχρεωτικά σημειώνεται
το τηλ. Επικοινωνίας του.

1).....

.....

2).....

.....

3).....

.....

4).....

.....

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ,/..../....