

ΠΡΟΣ

ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΣΕΥ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕ

Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΑΡΙΘ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ

Τηλ.

Fax:

e-mail

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε την εξάμηνη πρακτική
άσκηση στο επάγγελμα που πραγματοποιήσα
από..... έως

στο Νοσοκομείο/Επιχείρηση

.....

Συνημμένα υποβάλω:

1. Βιβλιάριο πρακτικής άσκησης
(υπογεγραμμένο από την Επιτροπή
Πρακτικής Άσκησης του Τμήματος)
2. Βεβαίωση από το Νοσοκομείο/
Επιχείρηση
3. Ειδική Σύμβαση Εργασίας

Ο/Η ΑΙΤ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ