|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΜΗΜΑ** | : | **ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** |
| **ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ** | : |  |
|  |  |  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |  | **Α.Μ.** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Έναρξη πρακτικής άσκησης** |
|  |
| Παρακαλώ όπως  |
|  |
| * Βεβαιώσετε ότι πληρώ τις προϋποθέσεις Πρακτικής Άσκησης
 |
|  |
| * Εγκρίνετε την έναρξη της Πρακτικής μου Άσκησης
 |
|  |  |
| * Εγκρίνετε την άσκησή μου στο φορέα με την επωνυμία[[1]](#footnote-2)
 | 1. |
| 2. |
| 3. |
| και για το λόγο αυτό σας υποβάλλω τα παρακάτω[[2]](#footnote-3): |

[ ]  Βεβαίωση Φορέα, με αναφορά στον τόπο άσκησης, στη θέση και στον Υπεύθυνο Πρακτικής Άσκησης του Φορέα (ονοματεπώνυμο, θέση και ειδικότητα)

[ ]  Οργανόγραμμα Φορέα[[3]](#footnote-4)με επισήμανση της θέσης που αφορά η Πρακτική Άσκηση

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |

1. Συμπληρώνεται εφόσον έχει εξασφαλιστεί από το φοιτητή / τη φοιτήτρια φορέας Πρακτικής Άσκησης ή εφόσον υπάρχουν διαθέσιμες θεσμοθετημένες θέσεις πρακτικής άσκησης. Στην περίπτωση αυτή συμπληρώνονται τρεις φορείς κατά σειρά προτεραιότητας [↑](#footnote-ref-2)
2. Δεν απαιτείται η υποβολή βεβαίωσης και οργανογράμματος για τις θεσμοθετημένες θέσεις Πρακτικής Άσκησης [↑](#footnote-ref-3)
3. Υποβάλλεται εφόσον ο φορέας Πρακτικής Άσκησης διαθέτει οργανόγραμμα [↑](#footnote-ref-4)