

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα Πατέρα: _____

Όνομα Μητέρας: _____

A.M. Τμήματος: _____

Τυπ. εξάμηνο φοίτησης: _____

Τόπος Γέννησης: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΜΟΝΙΜΗΣ) ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός: _____

Αριθμός: _____ Τ.Κ.: _____

Πόλη/Χωριό: _____

Νομός: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο
Οικίας: _____

Κινητό
Τηλέφωνο: _____

E-mail: _____

Προς:

Τμήμα Λογοθεραπείας

**Σχολή Επαγγελματιών Υγείας &
Πρόνοιας**

ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

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

Πάτρα, ___ / ___ / 201 ___

(Υπογραφή)

Συνημμένο: Βεβαίωση Αποδοχής Επιχείρησης /
Υπηρεσίας