

ΑΙΤΗΣΗ ΕΠΙΚΥΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Όνομα Πατέρα: _____

A.M. Τμήματος: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο Οικίας: _____

Κινητό
Τηλέφωνο: _____

E-mail: _____

Πάτρα, ___ / ___ / 201__

Προς:

Τμήμα Λογοθεραπείας

**Σχολή Επαγγελματιών Υγείας &
Πρόνοιας**

ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

Παρακαλώ όπως, προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες για την επικύρωση της Πρακτικής Άσκησής μου, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από έως στο φορέα απασχόλησης και εποπτεύθηκε από το μέλος ΕΠ του Τμήματος κ/κα

.....
.....

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

Συνημμένα:

- 1) Βεβαίωση του φορέα απασχόλησης υλοποίησης της ΠΑ.
- 2) Το βιβλίο Πρακτικής Άσκησης.
- 3) Τεύχος της τεχνικής έκθεσης.
- 4) Αξιολόγηση δεξιοτήτων & συμπεριφοράς φοιτητή/τριας από τον επόπτη του φορέα απασχόλησης στο πλαίσιο εκπόνησης της Πρακτικής Άσκησης.
- 5) Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του φορέα απασχόλησης από τον/την φοιτητή/τρια