**ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο: | |  | | | | |
| Όνομα: |  | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: | | | |  | | |
| Όνομα Μητέρας: | | | |  | | |
| Α.Μ. Τμήματος: | | |  | | | |
| Τυπ. εξάμηνο φοίτησης: | | | | | |  |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | | | | |  | |
| Αρ. Αστυν. Ταυτότητας: | | | | |  | |
| ΑΦΜ | | | | |  | |
| ΔΟΥ | | | | |  | |
| ΑΜΚΑ | | | | |  | |

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Οδός: |  | | | | | |
| Αριθμός: | | |  | | Τ.Κ.: |  |
| Πόλη/Χωριό: | | | |  | | |
| Νομός: | |  | | | | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Τηλέφωνο Οικίας: | | | | | |  | | | |
| Κινητό Τηλέφωνο: | | | | | |  | | | |
| Ε-mail: |  | | | | | | | | | |
| ΣΠΑΡΤΗ, | | |  | / |  | / | | 202 |  |

**Προς:**

**Τμήμα Φυσικοθεραπείας**

**Σχολή Επιστημών Υγείας**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

Αιτούμαι έναρξη πραγματοποίησης της τετράμηνης Πρακτικής Άσκησης στο εαρινό εξάμηνο ακαδημαϊκού έτους 2024-2025 στην

Επιχείρηση / Υπηρεσία με επωνυμία και έδρα (δήλωση με σειρά προτεραιότητας) :

|  |
| --- |
| 1η Επιλογή : |
|  |
| 2η Επιλογή: |
|  |

Αιτούμαι να ξεκινήσω Πρακτική άσκηση με το φορέα υποδοχής να καλύπτει το ποσό αμοιβής (χωρίς ΕΣΠΑ)

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |

*(Υπογραφή)*