

## ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ			
ΟΝΟΜΑ			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ		ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΑΡΙΘΜΟΣ		Τ. Κ.	
ΠΟΛΗ		ΑΡΙΘΜΟΣ Δ.Α.Τ.	
ΚΙΝΗΤΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ		ΣΤΑΘΕΡΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
e-mail			

ΑΕΙ  ΤΕΙ  ΙΙΕΚ  ΔΙΕΚ  ΕΠΑΛ  Άλλο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ:			
ΣΧΟΛΗ:		ΤΜΗΜΑ:	

### ΘΕΜΑ: «ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ»

### ΠΡΟΣ: ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ

Παρακαλώ να εξετάσετε και να εγκρίνετε το αίτημά μου για την έναρξη της πρακτικής μου άσκησης στο Νοσοκομείο σας.

Διάρκεια πρακτικής άσκησης:

- 6 μηνών ή 24 εβδομάδων
- 960 ωρών με παρουσία \_\_\_\_\_ ωρών/ ημέρα, ήτοι \_\_\_\_\_ παρουσίες
- Άλλο, παρακαλώ προσδιορίστε:

---

---

### ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΕΓΓΡΑΦΑ:

- Βεβαίωση πρακτικής άσκησης ή Πτυχίο του εκπαιδευτικού ιδρύματος
- Αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας μου ή Άδεια διαμονής / Διαβατήριο
- Πιστοποιητικό εμβολιασμού ή νόσησης

Βέροια, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023

Ο αιτών/  
Η αιτούσα \_\_\_\_\_