



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αίτηση Πρακτικής Άσκησης

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 επωνυμία¹ 1. _____
2. _____
3. _____

και για το λόγο αυτό σας υποβάλλω τα παρακάτω²:

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

Οργανόγραμμα Φορέα³ 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

² Δεν απαιτείται η υποβολή βεβαίωσης και οργανογράμματος για τις θεσμοθετημένες θέσεις Πρακτικής Άσκησης

³ Υποβάλλεται εφόσον ο φορέας Πρακτικής Άσκησης διαθέτει οργανόγραμμα