Α Ι Τ Η Σ Η

ΕΠΩΝΥΜΟ:

………………………………………………

ΟΝΟΜΑ:

…………………………………………………

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:

……………………………………

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:

……………………………………

Κινητό: ……………………………………………

Ε-mail: *……………………………………………*

*Ακαδ.Έτος Εισαγωγής:…………………*

*Αρ.Μητρώου*

*Τμήματος:……………………*

*Ημερομηνία :*

**Αρ.Πρωτ.:**

**Ημερομηνία:**

# (Συμπληρώνονται από τη Γραμματεία)

**Προς**

**Τη Γραμματεία του Τμήματος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ**

Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτηση μου για την πραγματοποίησή της εξάμηνης πρακτικής άσκησης, καθώς επίσης και να

χορηγήσετε **Βεβαίωση Έναρξης Πρακτικής Άσκησης** \*

Εξάμηνου 20…. . Δηλώνω ότι έχω παρακολουθήσει με επιτυχία τα 2/3 των μαθημάτων του προγράμματος σπουδών, ότι δεν οφείλω μαθήματα ειδικότητας και ότι έχω εγγραφεί στο \*\* εξάμηνο των σπουδών μου.

\* επιλέγετε χειμερινό ή εαρινό

\*\* αριθμητικώς π.χ 8ο

# Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή