|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 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 επωνυμία:
 | 1..…………………………………………………………………………….2………………………………………………………………………………3……………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |