



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Ημερομηνία :
Αρ. Πρωτοκ.

ΕΠΩΝΥΜΟ :

Όνομα : Α.Μ. :

Τηλ.

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 ---ΕΣΠΑ-----
ΧωρίςΕΣΠΑ

Ο Η Αιτών/αιτούσα