



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ημερομηνία :

Αρ. Πρωτοκ.

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:..... 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:

και για το λόγο αυτό σας υποβάλλω:

Βεβαίωση Αποδοχής από ΦΥΠΑ, με αναφορά στον τόπο άσκησης, στη θέση και στον Επόπτη Πρακτικής Άσκησης του Φορέα (ονοματεπώνυμο, θέση και ειδικότητα)

Ο Η Αιτών/αιτούσα