|  |  |
| --- | --- |
| Αρ. Πρωτοκόλλου: |  |
| Ημ/νία: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ:** | | | | |
| **Όνομα:** | | | | **Α.Μ.:** |
| **Τηλ. Επικοινωνίας:** | | **Email Επικοινωνίας:** | | |
|  | | | | |
| **ΘΕΜΑ:** | **Έναρξη πρακτικής άσκησης** | | | |
|  | | | | |
| Παρακαλώ όπως | | | | |
|  | | | | |
| * Εγκρίνετε την έναρξη της Πρακτικής μου Άσκησης | | | | |
|  | | |  | |
| * Εγκρίνετε την άσκησή μου στο φορέα με την επωνυμία: ……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….. | | | | |
| και για το λόγο αυτό σας υποβάλλω τα παρακάτω: | | | | |

Βεβαίωση Εκπλήρωσης Προϋποθέσεων Έναρξης Πρακτικής Άσκησης

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/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |