|  |  |
| --- | --- |
| 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) |