|  |  |
| --- | --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ** **IHU_logo_blue_gr_updated.jpg** |  |

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ** Επώνυμο : …………………………………………………………Όνομα: ……………………………………………………………..Πατρώνυμο: ……………………………………………………..Μητρώνυμο: …………………………………………………….Σχολή: Επιστημών ΥγείαςΤμήμα: Νοσηλευτικής ΘεσσαλονίκηςΑριθμός Μητρώου: …………………………………………..Δ/νση κατοικίας: ………………………………………………Πόλη: ……………………………………………………………….Τ.Κ.: ………………………………………………………………….Τηλ. κατοικίας: …………………………………………………Κινητό τηλ.: ……………………………………………………...E-mail: ………………………………………………………………Θεσσαλονίκη …………………….2021 | **Προς την Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης** **του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης** Παρακαλώ να μου εγκρίνετε την Πρακτική Άσκηση στο επάγγελμα, που πραγματοποίησα από ……………………… έως ……………………….. στο φορέα με επωνυμία: Γενικό Νοσοκομείο …………………………………….. ή στην Κλινική ………………………………….. Αναστολή πρακτικής άσκησης από …………………………… έως ………………………………Επισυνάπτω: 1. Βιβλιάριο πρακτικής άσκησης πλήρως συμπληρωμένο.
2. Βεβαίωση εργοδότη (όπου αναφέρεται το αντικείμενο απασχόλησης, οι ημερομηνίες έναρξης και λήξης της πρακτικής άσκησης και η επιτυχής διεκπεραίωση της).
3. Αντίγραφο ενσήμων Ι.Κ.Α. ή βεβαίωση ενσήμων που εκδίδει ο φορέας (ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΣΠΑ).

Ο/Η Αιτ……….(Υπογραφή) |