**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Διεύθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ. 50200 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ**

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** **mw@uowm.gr****, Iστοσελίδα: https://mw.uowm.gr/**



**Πτολεμαΐδα, …. /…. /202..**

**Αρ.Πρωτ.:………………..**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

**Στοιχεία Σπουδαστή / Σπουδάστριας:**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ(ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ) | Οδός: Περιοχή: Τ.Κ: ΚΙΝΗΤΟ: |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | Οδός: Περιοχή: Τ.Κ: ΤΗΛ.: |
| E-mail |  |
| ΕΞΑΜΗΝΟ |   | Α.Μ. |
| ΑΜΚΑ |  |
| ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ |  |

**Στοιχεία Φορέα Απασχόλησης για πρακτική άσκηση:**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ |  |
| ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ/ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |
| ΑΡΜΟΔΙΟΣΥΠΑΛΛΗΛΟΣ |  |
| E-mail ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΦΟΡΕΑ |  |

Πτολεμαΐδα, …./…./…….

 Ο/Η ΑΙΤ…………......

 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)