**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

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

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** **mw@uowm.gr****, URL:** [**https://mw.uowm.gr/**](https://mw.uowm.gr/)

****

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

**Στοιχεία Σπουδαστή / Σπουδάστριας:**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ |  |
| ΟΝΟΜΑ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ |  | ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ | Οδός:   | Περιοχή:  | Τ.Κ:  | ΚΙΝΗΤΟ: |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ | Οδός:  | Περιοχή:  | Τ.Κ:  | ΚΙΝΗΤΟ: |
| Email |  |
| ΕΞΑΜΗΝΟ |   | Α.Μ. |  |
| ΑΜΚΑ |  | ΑΦΜ |  |
| ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ |  |

**Στοιχεία Φορέα Απασχόλησης για πρακτική άσκηση:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ΦΟΡΕΑΣ 1ΗΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ** | **ΦΟΡΕΑΣ 2ΗΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ** |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ |  |  |
| ΕΙΔΟΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ |  |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ |  |  |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ |  |  |
| ΑΦΜ ΦΟΡΕΑ |  |  |
| ΑΡΜΟΔΙΟΣΥΠΑΛΛΗΛΟΣ |  |  |
| Email ΦΟΡΕΑ |  |  |

Πτολεμαΐδα, …./…./…….

 Ο/Η ΑΙΤ…………......

 (ΥΠΟΓΡΑΦΗ)