|  |  |
| --- | --- |
| **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: ………………………………………………………………Σίνδος …………………….2022 | **Προς τη Γραμματεία του Τμήματος Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του ΔΙΠΑΕ**Παρακαλώ να εγκρίνετε την Πρακτική μου Άσκηση, την οποία πραγματοποίησα από ……………………… έως ……………………….. στο Γενικό Νοσοκομείο …………………………………….. ή στην Κλινική ………………………………….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).

Ο/Η Αιτ……….(Υπογραφή) |