|  |  |
| --- | --- |
| **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 Υγείας  Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  Αριθμός 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) |