

**Αίτηση Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης Φοιτητών
Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ε.Κ.Π.Α.**

Προς: Γραμματεία Τμήματος
Νοσηλευτικής, Ε.Κ.Π.Α.

Στοιχεία Υποψήφιου-ας

Όνοματεπώνυμο:

Όνοματεπώνυμο Πατέρα: _____

Όνοματεπώνυμο Μητέρας: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

Τόπος Κατοικίας: _____

Οδός: _____ Τ.Κ.: _____

Τηλέφωνο(κινητό): _____ Email: _____

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: _____

Α.Φ.Μ.Εφορία: _____

Εξάμηνο Φοίτησης: _____

Α.Μ.: _____

Αριθμός Μαθημάτων: _____

Μέσος Όρος Μαθημάτων: _____

Παρακαλώ όπως δεχθείτε την αίτηση συμμετοχής μου για το πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης Φοιτητών Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Ε.Κ.Π.Α.

Έχω κατανοήσει ότι οφείλω να προσκομίσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά για τη χρήση των κριτηρίων επιλογής.

Κατά σειρά προτίμησης οι τρεις (3) επιλογές νοσοκομείων είναι:

1. _____

2. _____

3. _____

Επιθυμώ να πραγματοποιήσω την πρακτική άσκηση το χρονικό διάστημα:

Ιούλιο – Αύγουστο 2022

Αύγουστο – Σεπτέμβριο 2022

Σεπτέμβριο – Οκτώβριο 2022

Αθήνα, _____

Ο / Η Αιτ _____