|  |  |
| --- | --- |
| ΑΡ. ΠΡΩΤ……………………………..ΗΜΕΡ……………………………………… | ***ΠΡΟΣ ΤΗΝ******ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ******ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ******Σ.Ε.Υ.Π / ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ*** |
| ΑΙΤΗΣΗ………………………………………………………..ΕΠΩΝΥΜΟ ……………………………………………………….ΟΝΟΜΑ………………………………………………………ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑΕΞΑΜ.ΕΙΣΑΓ…………………………………..ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ……………………………….……………………………………………………..ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ(ΠΟΛΗ)ΤΗΛΕΦΩΝΟ……………………………………***ΘΕΜΑ:******«Έγκριση έναρξης πρακτικής***  ***άσκησης»***Λάρισα ………………………………………… | Παρακαλώ να εγκρίνετε την έναρξη πρακτικής άσκησής μου στα παρακάτω κατά σειρά προτεραιότητας Νοσοκομεία επιλογής μου:1. ……………………………………………………………………………. 2. ……………………………………………………………………………Και να μου χορηγήσετε τα σχετικά δικαιολογητικά.Με την παρούσα δηλώνω υπεύθυνα ότι διανύω το 7ο ή 8ο εξάμηνο σπουδών και έχω παρακολουθήσει με επιτυχίαα) είτε τα 4/5 του συνόλου των μαθημάτων ή τα 4/5 του συνόλου των διδακτικών μονάδων ή υποχρεωτικών ωρών, ανεξαρτήτως αν περιλαμβάνονται σε αυτό το ποσοστό όλα τα μαθήματα ειδικότηταςβ) είτε τα 2/3 του συνόλου των μαθημάτων ή διδακτικών μονάδων ή διδακτικών ωρών, συμπεριλαμβανομένων και όλων των μαθημάτων ειδικότητας. Ο / Η ΑΙΤ………….. (υπογραφή)  |