



ΑΙΤΗΣΗ

Επώνυμο
Όνομα
Όνομα πατρός
Όνομα μητρός.....
Αρ. Μητρώου
Α.Φ.Μ.
Δ.Ο.Υ.....
Τυπικό Εξάμηνο σπουδών
Διεύθυνση επικοινωνίας:
ΟδόςΑρ.
Πόλη
Ταχ. Κώδικας.....
Κινητό Τηλ.....
Email:.....

ΘΕΜΑ :Έγκριση Πραγματοποίησης
Πρακτικής Άσκησης
ΚΑΛΑΜΑΤΑ / / 202..

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Εγκρίνεται η πραγματοποίηση της Π.Α.,
στη βάση των δεδομένων και των
επισυναπτόμενων της αίτησης και
ορίζονται:

- α. Ημερομηνία έναρξης Π.Α.
β. Επόπτης Καθηγητής.....

Για την Επιτροπή
Ο Πρόεδρος Τα μέλη

ΠΡΟΣ

Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης
Φοιτητών Τμήματος ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Παρακαλώ, όπως εγκρίνετε την πραγματοποίηση της πρακτικής μου άσκησης στην υπηρεσία / επιχείρηση, με τα παρακάτω στοιχεία:

Επωνυμία.....
.....
Έδρα – Διεύθυνση
.....
.....
Αντικείμενο εργασιών
.....
Εκπρόσωπος
Τηλέφωνο/e-mail.....

Δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- α) Επιθυμώ [], δεν επιθυμώ [] να συμμετάσχω στο χρηματοδοτούμενο, μέσω ΕΣΠΑ, Πρόγραμμα Π.Α. του Ιδρύματος και
β) εντός ενός μηνός από τη λήξη της πρακτικής μου άσκησης, οφείλωνα καταθέσω, με δική μου ευθύνη, το Βιβλίο Π.Α συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο (από Υπεύθυνο Φορέα, Επόπτη Εκπαιδευτικό, Πρόεδρο Τμήματος), καθώς και τη Βεβαίωση Περάτωσης της πρακτικής άσκησης από το Φορέα, στη Γραμματεία του Τμήματος.

Ο/Η Αιτών/ούσα

(Υπογραφή)

Συνημμένα:

1. Βεβαίωση ότι πληρώ τις προϋποθέσεις πραγματοποίησης Π.Α ή Αναλυτική Βαθμολογία Σπουδών, από τη Γραμματεία του Τμήματος.
2. Βεβαίωση Αποδοχής Απασχόλησης από φορέα, με τη σύμφωνη γνώμη του για τη συμμετοχή μου ή όχι, στο χρηματοδοτούμενο, μέσω ΕΣΠΑ, Πρόγραμμα Π.Α. του Ιδρύματος.