

# ΑΙΤΗΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα: \_\_\_\_\_

Όνομα Πατέρα: \_\_\_\_\_

Όνομα Μητέρας: \_\_\_\_\_

A.M. Τμήματος: \_\_\_\_\_

Τυπ. εξάμηνο φοίτησης: \_\_\_\_\_

Τόπος Γέννησης: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας: \_\_\_\_\_

## ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΜΟΝΙΜΗΣ) ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός: \_\_\_\_\_

Αριθμός: \_\_\_\_\_ Τ.Κ.: \_\_\_\_\_

Πόλη/Χωριό: \_\_\_\_\_

Νομός: \_\_\_\_\_

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τηλέφωνο Οικίας: \_\_\_\_\_

Κινητό Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Πάτρα, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_  
2  
0  
1

**Προς:**

**Τμήμα Οπτικής-Οπτομετρίας**

**Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας**

**ΤΕΙ Πάτρας**

Παρακαλώ όπως, εγκρίνετε την πραγματοποίηση, της εξάμηνης Πρακτικής Άσκησης μου, στην Επιχείρηση / Υπηρεσία με: επωνυμία :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

και έδρα:

η οποία, σύμφωνα με τη Βεβαίωση που επισυνάπτω, αποδέχεται να με εκπαιδεύσει

Ο/Η Αιτών/ούσα

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή)

**Συνημμένο:** Βεβαίωση Αποδοχής Επιχείρησης / Υπηρεσίας