|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία(τα παραπάνω συμπληρώνονται από τη γραμματεία) | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |  | **Α.Μ.** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  |
| **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
|  |  |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Έναρξη πρακτικής άσκησης** |
|  |
| Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την πρακτική άσκησή μου στο φορέα με την επωνυμία: ………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| με κωδικό θέσης ATLAS :……………………………………… |
| και πιθανή ημερομηνία έναρξης: …………………………………….. |
| Για το λόγο αυτό σας υποβάλλω Βεβαίωση Φορέα, με αναφορά στον τόπο άσκησης, στη θέση και στον Υπεύθυνο Πρακτικής Άσκησης του Φορέα (ονοματεπώνυμο, θέση και ειδικότητα). |
| [ ]  Επιθυμώ η προβλεπόμενη ασφαλιστική κάλυψη για πρακτική άσκηση να γίνει από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |