|  |  |
| --- | --- |
| ΑΡ. ΠΡΩΤ…………………………….. ΗΜΕΡ……………………………………… | ***ΠΡΟΣ ΤΗΝ***  ***ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ***  ***ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ***  ***Σ.Ε.Υ.Π / ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ*** |
| ΑΙΤΗΣΗ ………………………………………………………..  ΕΠΩΝΥΜΟ  ……………………………………………………….  ΟΝΟΜΑ  ………………………………………………………  ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ  ΕΞΑΜ.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 επιτυχία  α) 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 ειδικότητας  β) είτε τα 2/3 του συνόλου των μαθημάτων ή διδακτικών μονάδων ή διδακτικών ωρών, συμπεριλαμβανομένων και όλων των μαθημάτων ειδικότητας.  Ο / Η ΑΙΤ…………..  (υπογραφή) |