# **ΑΙΤΗΣΗ**

|  |
| --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: |
| ΟΝΟΜΑ: |
| ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: |
| ΜΗΤΡΩΝΥΜΟ: |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |
| ΠΟΛΗ: | ΤΚ: |
| E-MAIL: |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: |
| Α.Δ.Τ.:Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας |
| Α.Φ.Μ.:Αριθμός Φορολογικού Μητρώου |
| Δ.Ο.Υ.:Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών |
| Α.Μ.Κ.Α.:Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης |
| Α.Μ.Α:Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |

|  |
| --- |
| Α.Ε.Μ.: Αριθμός Ειδικού Μητρώου |

**ΘΕΜΑ:**

«Πραγματοποίηση Πρακτικής Άσκησης»

Κομοτηνή, …….../………/……………….

## C:\Users\VIVIAN\Desktop\ΛΕΙΔΙΑΤΑ LOGO ΜΟΝΟ.png ΠΡΟΣ

Το Συντονιστή/Υπεύθυνο της ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **«ΛΕΙτουργική ΔΙΑχείριση Τραυματισμών σε Αθλητές και Ασκούμενους***»* του Τ.Ε.Φ.Α.Α. του Δ.Π.Θράκης

(διαμέσου της Γραμματείας)

1. Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να πραγματοποιήσω**Πρακτική Άσκηση**στο Γ’ εξάμηνο σπουδών του ακαδημαϊκού έτους 2018-2019 στον παρακάτω φορέα απασχόλησης.

|  |
| --- |
| **ΦΟΡΕΑΣΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:**ΕΠΩΝΥΜΙΑ: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Νομίμου Εκπροσώπου: ……………… ………………………………………………………………………………….…...ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:…………………………………………………………..……….ΠΟΛΗ: ………………………………………………………………………..…..ΤΗΛΕΦΩΝΟ:……………………………………..……………..….………..Α.Φ.Μ.: …………………………………………………………….……………..Δ.Ο.Υ.: ……………………………………………………………..……………. |

1. Επισυνάπτεται Υπεύθυνη Δήλωσή μου που βεβαιώνει ότι***«Είμαι άμεσα/έμμεσα ασφαλισμένος στον Ε.Φ.Κ.Α. και ο προσωπικός Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου (Α.Μ.Α.) είναι ……......»***

Ο/Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)