# **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)