# **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 / /20…

## 

## 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

**(δια της Γραμματείας)**

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να εκπονήσω **Πρακτική Άσκηση** στο Γ’ εξάμηνο σπουδών του ακαδημαϊκού έτους 20…-20… στον παρακάτω φορέα απασχόλησης.

|  |
| --- |
| **ΦΟΡΕΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:** |
| ΕΠΩΝΥΜΙΑ: |
|  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: |
|  |
| ΠΟΛΗ: |
| ΤΚ: |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ: |
| EMAIL(Φορέα): |
|  |
| Α.Φ.Μ.: |
| Δ.Ο.Υ. |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Νομίμου Εκπροσώπου: |
|  |

|  |
| --- |
| **ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΣ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ :**  (Ονοματεπώνυμο/ Βαθμίδα/ Τμήμα/ Ίδρυμα) |

***Επισυνάπτεται:***

* *Υπεύθυνη Δήλωσή μου αναφορικά με την ασφάλισή μου στον Ε.Φ.Κ.Α.*
* *Έντυπο10ε-ΔΗΛΩΣΗ-ΤΡΑΠΕΖΙΚΩΝ-ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ-ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ-ΣΥΝΕΡΓΑΤΩΝ*
* *Φωτοτυπία της 1ης σελίδας του βιβλιαρίου ή εκτύπωση από e-banking, όπου φαίνεται το ΙΒΑΝ της παραπάνω δήλωσης και ο δικαιούχος.*

Ο/Η Αιτών/ούσα

(υπογραφή)