|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ**Πραγματοποίησης Πρακτικής Άσκησης

|  |  |
| --- | --- |
| **Αρ. Πρωτ.** |  **/** |
| **Ημερομηνία** |  |

 | **ΠΡΟΣ:**ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ |
| ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………..ΟΝΟΜΑ: …………………………………ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ………………………….ΕΞΑΜΗΝΟ: ……………………………...ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: …………………ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ……..……………………...E-mail ΠΘ: ………………………………Εναλλακτικό e-mail: ……………………Διεύθυνση:………………….……..……..…………………………………………….……………………………………………. | Παρακαλώ, όπως κάνετε δεκτή την αίτησή μου για την πραγματοποίηση Πρακτικής Άσκησης.

|  |  |
| --- | --- |
| **Μ.Ο.** | **Μ.Ο.Ε.** |
|  |  |

 |
| Επιθυμώ να πραγματοποιήσω την Πρακτική μου Άσκηση στον παρακάτω φορέα:\*Για Ιδιωτικό Φορέα σημειώνω το τηλέφωνο επικοινωνίας.1) ……………………………………………………………………………………………………..2) ……………………………………………………………………………………………………..Λαμία, ………………………Ενημερώθηκα και συμφωνώ για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων σύμφωνα με το έγγραφο που είναι αναρτημένο στην ιστοσελίδα του Τμήματος Φυσικοθεραπείας στη σελίδα: https://physio.uth.gr/pros-dedomena/ |

 Ο/Η Αιτών/-ούσα