 

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Πρωτ.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ημερομηνία, \_\_\_ /\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

**ΠΡΑΚΤΙΚΉ ΑΣΚΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο |  |
| Όνομα Πατρός |  |
| ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ |  |
| Διεύθυνση κατοικίας |  |
| Κινητό Τηλέφωνο  email |  |

**ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι επιθυμώ να πραγματοποιήσω την πρακτική μου άσκηση σε ένα από τα παρακάτω, κατά σειρά προτίμησης, Νοσοκομεία:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………….
2. ……………………………………………………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………………………………………………….

Δηλώνω επίσης ότι, έχω παρακολουθήσει με επιτυχία πλέον των 2/3 του συνόλου των μαθημάτων του προγράμματος σπουδών και ότι δεν οφείλω μαθήματα ειδικότητας.

Οι λόγοι που προτιμώ τα παραπάνω Νοσοκομεία είναι: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ο/Η φοιτητής / τρια