 

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

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

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

**ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο |  |
| Όνομα Πατρός |  |
| ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ |  |
| Διεύθυνση κατοικίας |  |
| Κινητό Τηλέφωνοemail |  |

**ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω ότι επιθυμώ να πραγματοποιήσω την πρακτική μου άσκηση σε μία από τις παρακάτω, κατά σειρά προτίμησης, Νοσηλευτικές Δομές:

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 τα προαπαιτούμενα μαθήματα.