|  |  |
| --- | --- |
|   IHU_logo_blue_gr_updated  Α Ι Τ Η Σ ΗΕΠΩΝΥΜΟ…………………………..ΟΝΟΜΑ...………..……………………ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ………………………..ΑΡΙΘ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ ….…………Τηλ. ………………..…………….……Fax: ……………………………………e-mail …………………………………ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ…..……………….. | ΠΡΟΣΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣΤΗΣ ΣΕΥ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕΠαρακαλώ να εγκρίνετε την εξάμηνη / τετράμηνη πρακτική άσκηση στο επάγγελμα που πραγματοποίησα από…………………….….. έως ……...……….στο Νοσοκομείο/Επιχείρηση .……………………………………………………………………… Συνημμένα υποβάλω:1. Βιβλιάριο πρακτικής άσκησης (υπογεγραμμένο από την Επιτροπή Πρακτικής Άσκησης του Τμήματος)
2. Βεβαίωση από το Νοσοκομείο/ Επιχείρηση
3. Ειδική Σύμβαση Εργασίας

4. Βεβαίωση ενσήμων (από τον εργοδότη)**5)** Βεβαίωση ενσήμων e-ΕΦΚΑ (Ατομικό λογαριασμό ασφάλισης, e-EFKA)6)Έντυπο Ε3.5 ΕΡΓΑΝΗ – διακοπή – λήξης πρακτικής άσκησηςΟ/Η ΑΙΤ…….ΥΠΟΓΡΑΦΗ |