|  |  |
| --- | --- |
| IHU_logo_blue_gr_updated  Α Ι Τ Η Σ Η  ΕΠΩΝΥΜΟ…………………………..  ΟΝΟΜΑ...………..……………………  ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ………………………..  ΑΡΙΘ. ΕΙΔ. ΜΗΤΡΩΟΥ ….…………  Τηλ. ………………..…………….……  Fax: ……………………………………  e-mail …………………………………  ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ…..……………….. | ΠΡΟΣ  ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ  ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  ΤΗΣ ΣΕΥ ΤΟΥ ΔΙΠΑΕ  Παρακαλώ 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 άσκησης  Ο/Η ΑΙΤ…….  ΥΠΟΓΡΑΦΗ |