ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

 **ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

**Ακαδημαϊκός Επόπτης: Ομ. Καθηγητής Γεώργιος Θ. Παπαϊωάννου**

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Φοιτητή** | Προςτον Ακαδημαϊκό Επόπτη του Προγράμματος.Παρακαλώ όπως γίνω δεκτός/τή γιαΤρίμηνη Πρακτική Άσκηση σε: |
| Εξάμηνο: | ………………………………………… |
| Α.Μ.: | ………………………………………… |
| Επώνυμο: | ………………………………………… |
| Όνομα: | ………………………………………… |
| Πατρώνυμο: | ………………………………………… | **Φορέας:** ………………………………..............…………… |
| Διεύθυνση: | ………………..……………………….. | **Υπεύθυνος του Φορέα:**  .......................................................  |
| Τηλέφωνο **(Κινητό):** | ………………………………………… | **Τηλέφωνο του Φορέα:** ……………....................................... |
| E-mail: (**απαραίτητο**): | ………………………………………… | **e-mail του Φορέα: .**…………………........................................ |
| Α.Φ.Μ. …………………Α.Μ.Κ.Α .…………………  |  | Κατά το **Χρονικό Διάστημα**: **.../.../201... έως .../.../201.....**Δηλώνω ότι έχω διαβάσει τον εσωτερικό κανονισμό πρακτικής άσκησης που είναι αναρτημένος στην ιστοσελίδα pharm.uoa.gr και συμφωνώ. |

Ημερομηνία: **……/……/201…** Ο/Η Αιτών/ούσα,

Συνημμένα: Πρόσφατο Αναλυτικό Πιστοποιητικό Σπουδών (Υπογραφή)

 Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

 Υπεύθυνη Δήλωση του Φοιτητή (άρθρο 8 Ν. 1599/1986)

**Σημείωση:** Ο Φορέας και το Χρονικό Διάστημα θα συμπληρωθούν μετά την Αξιολόγηση-Επιλογή.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

