|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Αρ. Πρωτοκόλλου | : |  |
| Ημ/νία | : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΕΠΩΝΥΜΟ** | **:** |  |
| **Όνομα** | **:** |  | **Α.Μ.** | **:** |  |
| **Τηλ. Επικοινωνίας** | **:** |  | **Email Επικοινωνίας** | **:** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ΘΕΜΑ** | **:** | **Έναρξη πρακτικής άσκησης μέσω Ε.Σ.Π.Α.** |
|  |
| Παρακαλώ όπως : |
|  |
| * Βεβαιώσετε ότι πληρώ τις προϋποθέσεις Πρακτικής Άσκησης Ε.Σ.Π.Α.
 |
| * Εγκρίνετε την έναρξη της Πρακτικής μου Άσκησης
 |
| * Εγκρίνετε την άσκησή μου στο φορέα με την επωνυμία:
 | ……………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Ο/Η Αιτών/ούσα |
|  |
| (υπογραφή) |

**Συνημμένα δικαιολογητικά**