



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ

**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

Επώνυμο : .....  
Όνομα: .....  
Πατρώνυμο: .....  
Μητρώνυμο: .....  
Σχολή: Επιστημών Υγείας  
Τμήμα: Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης  
Αριθμός Μητρώου: .....  
Δ/νση κατοικίας:.....  
Πόλη: .....  
Τ.Κ.: .....  
Τηλ. κατοικίας: .....  
Κινητό τηλ.:  
.....  
E-mail:  
.....

**Προς τη Γραμματεία του Τμήματος  
Νοσηλευτικής Θεσσαλονίκης του ΔΙΠΑΕ**

Παρακαλώ να εγκρίνετε την Πρακτική μου Άσκηση, την οποία πραγματοποίησα από ..... έως ..... στο Γενικό Νοσοκομείο ..... ή στην Κλινική .....

**Επισυνάπτω:**

1. Βιβλιάριο πρακτικής άσκησης πλήρως συμπληρωμένο.
2. Βεβαίωση εργοδότη (όπου αναφέρεται το αντικείμενο απασχόλησης, οι ημερομηνίες έναρξης και λήξης της πρακτικής άσκησης και η επιτυχής διεκπεραίωση της).

Ο/Η Αιτ.....

Σίνδος .....2024

(Υπογραφή)

(Στοιχεία εταιρείας/υπηρεσίας ή σφραγίδα)

Τόπος: .....

Ημερομηνία: .....

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑΣ  
ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΡΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ**

Ο φορέας απασχόλησης ..... που εκπροσωπείται από τον/την ..... βεβαιώνει ότι ο/η φοιτητής/τρια ..... του ..... με Α.Μ. .... του Τμήματος **Νοσηλευτικής** του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος **ολοκλήρωσε την δίμηνη (2 μήνες) πρακτικής του/της άσκησης**, στο πλαίσιο της Πράξης «Πρακτική Άσκηση Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος ακ. ετών 2022-2023 & 2023-2024», με **MIS 6004526**, του Προγράμματος «Ανθρώπινο Δυναμικό και Κοινωνική Συνοχή 2021-2027» που υλοποιείται στο ΕΣΠΑ και συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, το χρονικό διάστημα από **01/04/2024** μέχρι **31/5/2024**.

Ο φορέας απασχόλησης

(Ονοματεπώνυμο  
Υπογραφή & Σφραγίδα)



Με τη συγχρηματοδότηση  
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Πρόγραμμα  
Ανθρώπινο Δυναμικό και  
Κοινωνική Συνοχή