ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

1η Υ.Π.Ε ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Γ.Ν.Α "Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

Υψηλάντου: 45-47

Τηλέφωνο: 2132041368

Τηλ. κ FAX:2107201368 ΑΘΗΝΑ

Email: [saek@evaggelismos-hosp.gr](mailto:saek@evaggelismos-hosp.gr) Αρ..ΠΡΩΤ. 06/03

**ΑΙΤΗΣΗ**

**ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΑΕΚ…………………………….**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

**ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΣ/Η** Παρακαλώ να εγκρίνετε την έναρξη και το

πρόγραμμα της Πρακτικής Άσκησης που θα

**ΤΗΣ ΣΑΕΚ:…………………….……** διεξαχθεί στην/ στον ……………………….

**ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:……………………… ……………………………………………..**

**…………………………………………** (Επιχείρηση- Οργανισμός- Δημόσιο Φορέα κ.λ.π.)

**ΕΠΏΝΥΜΟ:………………………....**

**ΟΝΟΜΑ: …………………................**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:…………………** Επισυνάπτω σχετική βεβαίωση του εργοδότη, ο

**ΟΜΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:………………** οποίος αποδέχεται τους όρους Πρακτικής Άσκησης

**ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:………….** Σύμφωνα με την υπ΄αριθμ. 5954/23-6-2014 Υ.Α.

**Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**:**…………….** (ΦΕΚ 1807 Β΄) και την υπ΄αριθμ. 139931/Κ1/8-9

**……………………………………..** 2015 Κ.Υ.Α. (ΦΕΚ 1953 Β΄).

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ:…………………….**

**Α.Μ.Κ.Α**:…………………………. Η πρακτική Άσκηση θα αρχίσει την…………..

**Α.Μ.Α**.:…………………………… και θα ολοκληρωθεί την:……………………….

**ΑΦΜ:………………………………**

**ΔΟΥ:……………………………**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ**

**……………………………………………………**

**Ο/ Η ΑΙΤ………………. Ημερομηνία:…../…../……**