|  |
| --- |
| Λογότυπος ΠΠ Κάθετος Έγχρωμος  (JPEG) |
| ΑΙΤΗΣΗ«Για εκπόνηση πρακτικής εργασίας»**ΕΠΩΝΥΜΟ:** **ΟΝΟΜΑ:** **ΑΡΙΘ. ΜΗΤΡΩΟΥ:** **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**:  | **ΠΡΟΣ:** **ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ****ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ****«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ-Public Health»** |
| Αποδέχομαι τη συμμετοχή μου ως Επιβλέπων Καθηγητής στην εκπόνηση της πρακτικής εργασίας που θα διενεργηθεί στο **φορέα**: Υπογραφή Επιβλέποντα (ΟΝΟΜΑ - ΤΙΤΛΟΣ) | Παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτησή μου για εκπόνηση πρακτικής εργασίας. Ως επιβλέπων/-ουσα προτείνω τον/την:Ως υπεύθυνο στο φορέα προτείνω τον/την: Ως τίτλο της πρακτικής μου εργασίας προτείνω:  **Ο/Η Δηλών/-ούσα**(Υπογραφή φοιτητή  |
| **Περίληψη Πρακτικής Εργασίας:**   |