**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

******

***ΓΕΩΠΟΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ***

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΩΝ & ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

*Νέο Κτήριο, Νέα Πόλη, Τ.Κ. 33100 - Άμφισσα*

*Τηλ.: 2265072268 ,Φαξ: 2265072504*

*e-mail: doeptm@aua.gr*

**ΑΙΤΗΣΗ**

Επώνυμο: .......................................................

Όνομα: ............................................................

Όνομα Πατρός:.....................................................

Έτος γέννησης:.....................................................

Α.Φ.Μ..………………………..……

ΔΟΥ:.................................................

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας:....................................

Αρ. Μητρώου ΙΚΑ: ............................................

ΑΜΚΑ: ………………………………………

Δ/νση Κατοικίας: ................................................

………………..........................Τ.Κ.....................

Τηλ. σταθερό: .. ...................................................

Τηλ. κινητό.: .. ...................................................

Email: ...................................................

Εξαμ. Φοίτησης: ..................................................

Αρ. Μητρώου Φοιτητή: .....................................

**ΕΝΤΥΠΟ 1**

Άμφισσα

Αρ. Πρωτ .: \_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Σημειώνετε με Χ, ΕΣΠΑ ή ΟΑΕΔ** | | | |
| **ΕΣΠΑ** |  | **ΟΑΕΔ** |  |
| *Συνημμένα:*  1.Βεβαίωση Αποδοχής  Φορέα Απασχόλησης   1. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης. Εφόσον ανήκει σε τρίτεκνη, πολύτεκνη, μονογονεϊκή οικογένεια ή κάποιος από τους γονείς έχει αποβιώσει. 2. Πιστοποιητικό ΑΜΕΑ (εφόσον υπάρχει) 3. Αναλυτική Βαθμολογία με Μέσο Όρο Βαθμολογίας. | | *Συνημμένα:*  Βεβαίωση Αποδοχής  Φορέα Απασχόλησης | |

**Κατεύθυνση:**

**Προς:*ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ Δ.Ο.Ε.Π.Τ.Μ.***

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να πραγματοποιήσω την Πρακτική μου Άσκηση στον Φορέα με επωνυμία:

......................................................................................

Υπεύθυνος Φορέα:

.................................................................................

Υπεύθυνος του Φορέα για την επίβλεψη:

.................................................................................

Ενδεικτική ημερομηνία έναρξης της Πρακτικής Άσκησης: ..............................................

και ημερ. ολοκλήρωσης ..............................

Ο/Η Αιτ .........

(Υπογραφή)

…………………………….

**Ονομασία φορέα στα αγγλικά:……………………………………………………………………………………….…….**