



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών

ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

Έντυπο Συμμετοχής στο Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης Φοιτητών Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ

Προς: Γραμματεία Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ

Στοιχεία Υποψήφιου-ας

Όνοματεπώνυμο

Όνοματεπώνυμο Πατέρα

Όνοματεπώνυμο Μητέρας

Ημερομηνία Γέννησης

Τόπος Κατοικίας

Οδός Τ.Κ.

Τηλέφωνο (κινητό)

Email

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας

Α.Φ.Μ. Εφορία

Εξάμηνο Φοίτησης

Α.Μ. Φοιτητή

Μέσος Όρος Μαθημάτων

Παρακαλώ όπως δεχθείτε το έντυπο συμμετοχής μου για το Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης Φοιτητών Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ.

Έχω κατανοήσει ότι οφείλω να προσκομίσω τα απαραίτητα δικαιολογητικά για τη χρήση των κριτηρίων επιλογής.

Κατά σειρά προτίμησης οι τρεις (3) επιλογές νοσοκομείων είναι:

1.

2.

3.

Επιθυμώ να πραγματοποιήσω την Πρακτική Άσκηση το χρονικό διάστημα:

Ιούλιο – Αύγουστο 2025

☐

Αύγουστο – Σεπτέμβριο 2025

☐

Σεπτέμβριο - Οκτώβριο 2025

☐

(μόνο για τους τελειόφοιτους, οι οποίοι δεν πρόκειται να ορκιστούν το 2025)

Αθήνα,/...../2025

Ο / Η Αιτ.....