|  |
| --- |
| **ΕΝΤΥΠΟ ΑΙΤΗΣΗΣ** **ΑΣΚΟΥΜΕΝΟΥ/ΑΣΚΟΥΜΕΝΗΣ****ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ** |
| **ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**: |
| Επώνυμο**\***:  |  | Όνομα\*: |  |
| Πατρώνυμο\*: |  | Μητρώνυμο\*: |  |
| Ημερ/νία Γέννησης\*: |  |
| Αρ. Φοιτητικού. Μητρώου\*: |  | Εξάμηνο Σπουδών\*: |  |
| Αριθμός Δ.Α.Τ. (Δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας)\*: |  | Αρχή Έκδοσης Αστυνομικής Ταυτότητας\*: |  |
| Α.Μ.Α. ΙΚΑ (εφόσον υπάρχει **προσωπικό**): |  | Α.Μ.Κ.Α\*: |  |
| Α.Φ.Μ.\*: |  | Δ.Ο.Υ\*: |  |
| Αρ. Λογ/μου Τραπέζης\*:  |  | Τράπεζα\*: |  |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:** |
| Διεύθυνση Μόνιμης Κατοικίας\*: |  |
| Πόλη\*: |  | Τ.Κ\*: |  |
| Τηλέφωνο Οικίας: |  | Κινητό\*: |  |
| E-mail (προσωπικό)\*: |  |
| E-mail (Σχολής)\*: |  |
| **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ – ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ / ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ:** |
| Σχολή – Τμήμα\*: |  |
| Έτος Εισαγωγής\*: |  |
| Μητρική Γλώσσα\*: |  | Ξένες Γλώσσες: |  |
| Πιστοποίηση Ξένης Γλώσσας: | Ναι [ ]  Όχι [ ]  | Αν Ναι παρακαλώ διευκρινίστε:  |
| Δεξιότητες Πληροφορικής: |  |
| Πιστοποίηση Πληροφορικής: | Ναι [ ]  Όχι [ ]  | Αν Ναι παρακαλώ διευκρινίστε: |
| **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ή ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:** |
| Ημερομηνία (από – έως)(ξεκινώντας από την πιο πρόσφατη): |  |
| Επωνυμία Επιχείρησης / Οργανισμού: |  |
| Αντικείμενο δραστηριότητας: |  |
| Κύριες δραστηριότητες & αρμοδιότητες |  |
| Ημερομηνία (από – έως)(ξεκινώντας από την πιο πρόσφατη): |  |
| Επωνυμία Επιχείρησης / Οργανισμού: |  |
| Αντικείμενο δραστηριότητας: |  |
| Κύριες δραστηριότητες & αρμοδιότητες |  |
| **ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΤΡΙΑ:** |
| (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ο/η φοιτητής/τρια επιθυμεί να εξασκηθεί σε φορέα υποδοχής προσωπικής του/της επαφής) |
| Επωνυμία Φορέα: | Ονοματεπώνυμο Υπευθύνου: |
| Διεύθυνση/Πόλη: | Νομός: |
| Τηλ/Fax:  | E-mail: |
| **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ/ ΤΟΜΕΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΟΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΜΟΥ ΑΣΚΗΣΗ:** |
| **(**Συμπληρώνεται στην περίπτωση που ο/η φοιτητής/τρια δεν έχει να προτείνει φορέα υποδοχής προσωπικής του/της επαφής) |
| 1η Προτίμηση:  | Νομός/Πόλη\*: |
| 2η Προτίμηση: | Νομός/Πόλη: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία:  |  Υπογραφή |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\* Υποχρεωτική συμπλήρωση πεδίου**