Γραφείο Πρακτικής Άσκησης
Τμήματος Μηχανικών Πληροφορικής Τ.Ε. Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης
Τηλέφωνο : 2310-013414
e-mail : placemnt@it.teithe.gr

Προς

Το Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
Τμήμα Μηχανικών Πληροφορικής Τ.Ε.

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: .....

ΟΝΟΜΑ: .....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: .....

ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ: .....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....

Αρ. Αστυν. Ταυτότητας: .....

Ημ. Εκδοσης: .....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Οδός: ..... Αρ : .....

Τ. Κ. .....

Πόλη / Χωριό: .....

Νομός: .....

Τηλέφωνο: .....

Κινητό: .....

E-mail: .....

Παρακαλώ να εγκρίνετε την πραγματοποίηση της 6μηνης πρακτικής μου άσκησης στον παρακάτω φορέα (Επιχείρηση / Υπηρεσία) :

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ Ή ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

.....

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: .....

Τ.Κ.: .....

Τηλέφωνο: .....

Fax: .....

Όνομα Υπευθύνου: .....

Θέση υπευθύνου στην επιχείρηση/υπηρεσία:

.....

E-mail: .....

για τους παρακάτω οικογενειακούς/ οικονομικούς/ λόγους υγείας:

_____

_____

_____

_____

_____

Επισυναπτόμενα Δικαιολογητικά

1. _____
2. _____

Ο /Η Αιτ.....

.....

(υπογραφή)