

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΑΠΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Αριθμ. Πρωτοκόλλου:

Ημερομηνία:/...../.....

ΕΠΩΝΥΜΟ:

Προς την Πειραματική Σ.Α.Ε.Κ. Γλυφάδας

ΟΝΟΜΑ:

Δηλώνω υπεύθυνα ότι επιθυμώ να απαλλαγώ από την πρακτική άσκηση γιατί εργάστηκα στην (επιχείρηση)

ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:

ΟΝ. ΜΗΤΡΟΣ:.....

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

.....

.....

από/...../.....

ΕΞΑΜΗΝΟ:

έως/...../.....

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

και έχω συμπληρώσει τα 120 ημερομίσθια που χρειάζονται.

.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

.....

ΠΕΡΙΟΧΗ:

Ο/Η αιτών/ούσα

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

.....

ΚΙΝΗΤΟ:

Email:

Γλυφάδα,/...../202.....



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης

