ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΔΙΑ ΖΩΣΗΣ ή ΕΞ ΑΠΟΣΤΑΣΕΩΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΜΕ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ της ηλεκτρονικής συμπλήρωσης, να εκτυπωθεί, να υπογραφεί αρχικά από την ασκούμενη και εν συνεχεία από τον Επόπτη του Φορέα Υποδοχής και να φέρει ΕΥΔΙΑΚΡΙΤΗ σφραγίδα του Φορέα Υποδοχής έτσι ώστε να φαίνονται ΟΛΑ τα στοιχεία του (ΑΦΜ, Δ.Ο.Υ, κλπ. ) και να παραδοθεί στην ασκούμενη, η οποία θα την προσκομίσει στο Γραφείο Πρακτικής Άσκησης μαζί με το σύνολο των υπόλοιπων συμπληρωματικών εγγραφών με την ολοκλήρωση της Πρακτικής Άσκησης. Ο Επιστημονικά Υπεύθυνος υπογράφει με την παραλαβή των συμπληρωματικών εγγράφων.

**Στοιχεία Φοιτητή**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Α. Μ: | ασκούμενου. |
| Εξάμηνο φοίτησης: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Ακαδ. Έτος: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |

**Διεύθυνση Ασκούμενου**

|  |  |
| --- | --- |
| Οδός: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Αρ.: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Τ.Κ.: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Περιοχή: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Τηλ. Επικοινωνίας: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Κιν. Τηλ.: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| e-mail: | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |

**Στοιχεία Επιβλέποντος Μέλους ΔΕΠ (Επιλέγεται ο Υπεύθυνος του Τμήματος)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: | Ρούσσου Βαρβάρα |
| Τίτλος: | Μέλος ΕΔΙΠ Τμήμα Εικαστικών Τεχνών |
| Τηλ. Επικοινωνίας: | 210 48 01 360 |
| e-mail: | [vroussou@asfa.gr](mailto:vroussou@asfa.gr) |

***Στοιχεία Φορέα Υποδοχής***

|  |  |
| --- | --- |
| Φορέας Υποδοχής | Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο. |
| Τμήμα του Φορέα: |  |
| URL: [http://www](http://www.stat-athens.aueb.gr) |  |

***Διεύθυνση του Φορέα Υποδοχής***

|  |  |
| --- | --- |
| Οδός: |  |
| Αρ.: |  |
| Τ.Κ.: |  |
| Περιοχή: |  |
| Τηλ. Επικοινωνίας: |  |
| Κιν. Τηλ.: |  |
| e-mail: |  |

***Υπεύθυνος Επόπτης της Πρακτικής Άσκησης στον Φορέα Υποδοχής***

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Τίτλος: |  |
| Τηλ. Επικοινωνίας: |  |
| Κιν. Τηλ.: |  |
| e-mail: |  |

***Συνοπτική Περιγραφή Πρακτικής Άσκησης - Να συνάδει με την περιγραφή που έχει ήδη αναρτηθεί στην πλατφόρμα του ΑΤΛΑΣ*** – Να συμπληρωθεί ηλεκτρονικά

Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.

Διάρκεια Πρακτικής Άσκησης από Click here to enter a date. έως Click here to enter a date.

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι συμφωνούν και εγκρίνουν την εκπόνηση της ανωτέρω πρακτικής άσκησης.

Ημ/νία: Click here to enter a date.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ασκούμενος | Επιβλέπων μέλος ΔΕΠ | Υπεύθυνος Επόπτης στον Φορέα Υποδοχής |
| Κάντε κλικ ή πατήστε εδώ για να εισαγάγετε κείμενο.Ονοματεπώνυμο | Ρούσσου Βαρβάρα  Μέλος ΕΔΙΠ - ΑΣΚΤ | Ονοματεπώνυμο |
| Υπογραφή | Σφραγίδα / Υπογραφή | Σφραγίδα / Υπογραφή |