**AΙΤΗΣΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

**ΤΗΕ LIMASSOL COLLEGE**

**TMHMA ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΟΙΤΗΤΗ/ΡΙΑΣ** | **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ** |
|  |  |
| Α.Μ:………………………………………….. | Επωνυμία Επιχείρησης: ………………………….. |
| Όνομα:………………………………………… | ……………………………………………………. |
| Επώνυμο:…………………………………….. | Όνομα:…………………………………….……… |
| Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………….. | Επώνυμο:……………………………………..….. |
| Περιοχή:……………………………………….. | Διεύθυνση:…………………………………..…………………………………………………….…... |
| Τηλέφωνο:…………………………………….. | Περιοχή:………………………………………….. |
|  | Τηλέφωνο:……………………………………….. |
|  | Ημερ. Έναρξης:………………………………..…. |
|  | Ημερ. Λήξης:……………………………………... |
|  | Ώρες εβδομαδιαία:………………………………... |
|  |  |
|  | Αποδέχομαι τον / την φοιτητή/ρια για πρακτική άσκηση στο χώρο εργασίας μου. |
| Ημερομηνία……………….……..…… | Υπογραφή Εργοδότη……………………..……… |