# 

TΜΗΜΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Πανεπιστημίου 30,

106 79 Αθήνα

**ΑΚΥΡΩΣΗ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**

|  |  |
| --- | --- |
| Επώνυμο |  |
| Όνομα | |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας |  |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Σχολή |  |
| Τμήμα |  |
| Κύκλος σπουδών | Προπτυχιακό  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Φορέας πρακτικής άσκησης |  | |
| Περίοδος πρακτικής άσκησης | Από: μέρα/μήνας/έτος | Έως:  μέρα/μήνας/έτος |

|  |
| --- |
| **Αιτιολογία ακύρωσης πρακτικής άσκησης**  Επιθυμώ την ακύρωση της συμμετοχής μου στη δράση ERASMUS+ Πρακτική Άσκηση για λόγους  Ασθένειας 🞎  Οικογενειακούς 🞎  Οικονομικούς 🞎  Άλλους:…………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ο/Η Δηλών/ούσα |  |
| Ημερομηνία |  |