

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ:

Επισυνάπτονται βεβαιώσεις κάλυψης του φοιτητή με τα πιο κάτω εμβόλια:

- Ηπατίτιδα Β
- Έλεγχος Mantoux
- Εμβολιασμός MMR

Όνοματεπώνυμο: Υπογραφή:

Ημερομηνία:

Δηλώνω ότι είμαι ο φοιτητής / γονέας του / κηδεμόνας του (να διαγραφεί ότι δεν ισχύει):

.....

Το παρόν έντυπο επιστρέφεται πλήρως συμπληρωμένο στον αρμόδιο λειτουργό του ενδιαφερόμενου νοσηλευτηρίου για την πρακτική/ κλινική άσκηση των φοιτητών μέσω τηλεομοιότυπου ή δια χειρός στο αντίστοιχο νοσηλευτήριο.

(Για επίσημη χρήση μόνο)

Βεβαιώνεται ότι έχουν ληφθεί οι πιο πάνω βεβαιώσεις και ότι ο φοιτητής έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει την πρακτική/ κλινική του άσκηση στο νοσηλευτήριο

.....

Όνομα: Υπογραφή:

Τίτλος: Ημερομηνία: