



ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Έντυπο Νο 6

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η μεταπτυχιακός/η φοιτητής/τρια
με Α.Μ..... που φοιτά στην Ειδίκευση..... με
Κατεύθυνση του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
του Τμήματος μας πραγματοποίησε την Κλινική Άσκηση του από/...../..... έως/...../.....
συνολικής διάρκειας ωρών στην Υπηρεσία

Ημερομηνία/...../.....

Ο Υπεύθυνος της άσκησης

Το Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ

.....
(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

.....
(Ονοματεπώνυμο και υπογραφή)