

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ 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

Ονοματεπώνυμο:

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:

Αρ. Εγγράφου ΣΤ.3