ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/νση : Αγ.Σπυρίδωνος Αιγάλεω

Τηλέφωνο : 2105387485

FAX :

E-Mail : physio@uniwa.gr

Πληροφορίες :

Βαθμός Ασφαλείας :

Ημερομηνία : Δ.Υ

Αριθμ. Πρωτοκ. :

Βαθμός Προτεραιότητας :

<u>Β Ε Β Α Ι Ω Σ Η</u>

Βεβαιώνεται ότι ο, η ……
φοιτητής/ τρια του Τμήματος ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας συμμετείχε στη γραπτή εξέταση του μαθήματος ……
στην …….. περίοδο του χειμερινού / εαρινού εξαμήνου 20…./ 20….
κατά την ημερομηνία ……

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται στον/στην αναφερόμενο/νη για να τη χρησιμοποιήσει ……

Ο/Η ΕΠΙΤΗΡΗΤΗΣ **Ο/Η ΕΠΟΠΤΗΣ/ΤΡΙΑ**

…… (Ονομ/μο, Υπογραφή)

…… (Ονομ/μο, Υπογραφή)