

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Αριθμ. Πρωτ.: ΔΥ

Πάτρα ……./……./ 2024

**Γραμματεία Τμήματος** Ακαδημαϊκό Έτος 2023 – 2024

### Δ/νση: Νικολάου Γύζη 4, Κουκούλι, 263 34

### Τηλέφωνο: 2610 962831-2-3 Email: nursingsecr@upatras.gr

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνουμε ότι ο/η ……………………………………………………………… του …………………………. με ΑΜ…………………… φοιτητής/τρια του Τμήματος Νοσηλευτικής, συμμετείχε σήμερα ……./ ……../ 20….., ημέρα …………………………. και ώρα …………………………. στις εξετάσεις του μαθήματος …………………………………………………………………………………… (Θεωρία – Εργαστήριο).

**Email φοιτητή/τριας: ……………………………………………………**

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται για …………………………………………………………….

**Ο Εισηγητής Καθηγητής**

*(Ονοματεπώνυμο/ Υπογραφή)*