

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Αριθμ. Πρωτ.: ΔΥ

Πάτρα ……./……./ 2025

**Γραμματεία Τμήματος** Ακαδ. Έτος 2024 – 2025

### Δ/νση: Νικολάου Γύζη 4,

### Κουκούλι, Τ.Κ. 263 34

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

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνεται ότι ο/η ……………………………………………………………… του …………………………. με ΑΜ…………………,φοιτητής/ρια 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**

*Υπογραφή*

*Ονοματεπώνυμο*