



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΘΛΗΣΗ & ΥΓΕΙΑ»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Ο/Η υπογεγραμμέν.....¹

δηλώνω ότι:

Αποδέχομαι τ.....²

φοιτη..... του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Άθληση & Υγεία», της Ιατρικής
Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ, ειδικότητας

να απασχοληθεί (.....) ώρες για το μάθημα «Ειδικότητα Πρακτική – Μέρος Ι»

(κωδικός μαθήματος: 054Γ002) για το διάστημα από/...../..... έως/...../.....

στ.....³

Στο παραπάνω διάστημα ο/η πρακτικά ασκούμεν..... θα ασχοληθεί με τα παρακάτω
αντικείμενα εργασίας σχετικά με την ειδικότητά τ.....

(Αναλυτική Περιγραφή)

1.
2.
3.
4.

(.....,/...../20....)

Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ-ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

¹ Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου

² Ονοματεπώνυμο μεταπτυχιακού φοιτητή - ασκούμενου

³ Αναφέρετε τον τόπο παροχής πρακτικής άσκησης