|  |  |
| --- | --- |
| **Α Ι Τ Η Σ Η**  **ΕΠΩΝΥΜΟ…………………….………...**  **ΟΝΟΜΑ...……………….….…………...**  **ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ……………….…………..**  **Δ/ΝΣΗ………………………..…………..**  **ΑΡ. ΤΑΥΤ. ……………..………………..**  **ΠΟΛΗ ………………………….………...**  **Τ . Κ. ………….………………………....**  **ΤΗΛ ………………………………..…….**  **ΘΕΜΑ : ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ**  **ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ**  **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ………………….……** | **ΠΡΟΣ**  **Το ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης**  **Σ.Ε.Υ.Π.**  **Τμήμα : Νοσηλευτικής**  Σας παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε βεβαίωση στην οποία να αναγράφεται ότι οι απόφοιτοι του τμήματος υπάγονται στην ΤΕ ειδικότητας Νοσηλευτικής και οι σπουδές του στο τμήμα καλύπτουν με πλήρη επάρκεια το γνωστικό αντικείμενο της Νοσηλευτικής σύμφωνα με το άρθρο 12 και την παρ.2 του άρθρου 26 του ΠΔ 50/5-3-2001, όπως αυτό τροποποιήθηκε και ισχύει με το Π.Δ.347/3/12/2003.    **Η ΑΙΤΟΥΣΑ** |