**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΑΝΤΟΥ**

**ΜΕΣΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ/ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ: …………………………………………………………………**

**Επισυνάπτονται βεβαιώσεις κάλυψης του φοιτητή με τα πιο κάτω εμβόλια:**

□ Ηπατίτιδα Β

□ Έλεγχος Mantoux

□ Εμβολιασμός MMR

**Ονοματεπώνυμο:** ............................................................................. **Υπογραφή:** ……………………….

**Ημερομηνία:** ……………………..

Δηλώνω ότι είμαι ο φοιτητής / γονέας του / κηδεμόνας του (*να διαγραφεί ότι δεν ισχύει*)

*Το παρόν έντυπο επιστρέφεται* ***πλήρως συμπληρωμένο*** *στον αρμόδιο λειτουργό του ενδιαφερόμενου νοσηλευτηρίου για την πρακτική/ κλινική άσκηση των φοιτητών μέσω τηλεομοιότυπου ή δια χειρός στο αντίστοιχο νοσηλευτήριο*.

*(Για επίσημη χρήση μόνο)*

Βεβαιώνεται ότι έχουν ληφθεί οι πιο πάνω βεβαιώσεις και ότι ο φοιτητής έχει τη δυνατότητα να πραγματοποιήσει την πρακτική/ κλινική του άσκηση στο νοσηλευτήριο ……………………………………………………………

**Όνομα:** ................................................................ **Υπογραφή:** ……………………….

**Τίτλος:** ................................................................ **Ημερομηνία:** ……………………...

Αρ. Εγγράφου ΥΥ.Δ.Ε.01-3