

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ειδικευμένος/η ιατρός κ.εξέτασα
τον/την κ. και βεβαιώνω ότι δεν πάσχει από

οποιοδήποτε δερματολογικό ή αφροδίσιο μεταδιδόμενο κλινικό νόσημα.

Η παρούσα βεβαίωση χορηγείται για την εγγραφή του στο Πανεπιστημιακό Γυμναστήριο
Ηρακλείου.

Ημερομηνία/...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα