

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ειδικευμένος/η Γενικός Ιατρός κ. ....

ξέτασα κλινικά τον/την ..... και τον υπέβαλα στις παρακάτω κλινικοεργαστηριακές δοκιμασίες (μέτρηση Α.Π. σε όρθια και καθιστή θέση, διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος, σπιρομέτρηση) **(υπογραμμίζονται οι ενεργηθείσες εξετάσεις)** και τον/την κρίνω ικανό/ή να γυμνάζεται στο **Πανεπιστημιακό Γυμναστήριο Ηρακλείου** και βεβαιώνω ότι δεν πάσχει από οποιοδήποτε δερματολογικό ή αφροδίσιο μεταδιδόμενο νόσημα.

Ημερομηνία ...../...../.....

Υπογραφή & Σφραγίδα