

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ / ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός _____

αφού εξέτασα τον /την _____

διαπίστωσα πως δεν πάσχει από μεταδοτική ασθένεια & ικανός / ικανή από ιατρικής άποψης να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/Ναυαγοσώστριας & να ασκήσει το επάγγελμα του Ναυαγοσώστη / Ναυαγοσώστριας.

Ημερομηνία _____

Σφραγίδα

Υπογραφή