

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ / ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΥΑΓΟΣΩΣΤΗ

Ο υπογεγραμμένος Ιατρός _____

αφού εξέτασα τον /την _____

διαπίστωσα πως είναι ικανός / ικανή από ιατρικής άποψης να λάβει την εκπαίδευση του Ναυαγοσώστη/Ναυαγοσώστριας & να ασκήσει το επάγγελμα του Ναυαγοσώστη /Ναυαγοσώστριας και δεν πάσχει από καρδιαγγειακή νόσο.

Ημερομηνία _____

Σφραγίδα

Υπογραφή