

**REPUBLIC OF CYPRUS MINISTRY OF HEALTH**

**HEALTH CERTIFICATE
IN THE FRAMEWORK OF PRACTICE / CLINIC STUDENT EXERCISE**

**AND MONITORING /ATTENDANCE ACTIVITIES**

**STUDENT’S NAME: …………………………………………………………………**

**Attached certificates certifying the following vaccines:**

 Hepatitis Β

 Check Mantoux

 Vaccination MMR

**Name and Surname:** ............................................................................. **Signature:** ……………………….

 **Date:** ……………………..

*This form is returned duly completed to the competent officer of the concerned Hospital for practice / clinical training / or monitoring / attendance activities.*

*(****For Official use Only****)*

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 ΣΤ.3