



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Υφυπουργείο Πολιτικής Προστασίας
και Διαχείρισης Κρίσεων

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΦΟΙΤΗΤΗ/ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Ο/Η _____ (ονοματεπώνυμο) του
_____ (πατρώνυμο) με αριθμό ταυτότητας _____
φοιτητής/φοιτήτρια του τελευταίου έτους σπουδών του προπτυχιακού
προγράμματος σπουδών του Τμήματος/της Σχολής _____
(ονομασία Τμήματος/Σχολής Επιστημών Υγείας) του
_____ (επωνυμία Α.Ε.Ι.), είναι απαραίτητο να
μετακινείται από την οικία του/της, που βρίσκεται στ _____ -
_____ (περιοχή, οδός, αριθμός), προς το
_____ (Πανεπιστήμιο, Νοσοκομείο κλπ), που βρίσκεται
στ _____ (περιοχή, οδός, αριθμός) για τη
συμμετοχή του σε κλινικές ασκήσεις, κατά τις ακόλουθες ημέρες και ώρες της
εβδομάδας:

Δευτέρα: _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ. και _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ.

Τρίτη: _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ. και _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ.

Τετάρτη: _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ. και _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ.

Πέμπτη: _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ. και _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ.

Παρασκευή: _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ. και _____ π.μ./μ.μ. έως _____ πμ./μ.μ.

Η ταυτοπροσωπία του/της ανωτέρω φοιτητή/φοιτήτριας θα γίνεται με την επίδειξη
της ταυτότητάς του/της.

Η παρούσα βεβαίωση¹ ισχύει και για τυχόν εφάπαξ μετάβαση του ως άνω φοιτητή/
φοιτήτριας από την Περιφερειακή Ενότητα _____, που αποτελεί
μόνιμο τόπο κατοικίας του φοιτητή/της φοιτήτριας, προς την Περιφερειακή Ενότητα
_____, που εδρεύει το Πανεπιστήμιο/Νοσοκομείο.

Υπογραφή

Ο/Η Γραμματέας του Τμήματος/της Σχολής

Ονοματεπώνυμο & τηλ. επικοινωνίας

¹ Συμπληρώνεται μόνο σε περίπτωση που ο/η φοιτητής/φοιτήτρια διαμένει μόνιμα εκτός της
Περιφερειακής Ενότητας του Α.Ε.Ι. και είναι αναγκαίο να μετακινηθεί εφάπαξ προς τον τόπο που
εδρεύει το Α.Ε.Ι./Νοσοκομείο στο οποίο διεξάγεται η εκπαιδευτική διαδικασία.