

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Διεύθυνση: Περιοχή ΚΕΠΤΣΕ, Τ.Κ. 50200 ΠΤΟΛΕΜΑΙΔΑ**

**Τηλ.: 2461068050, -53**

**E-mail:** **mw@uowm.gr****, URL: https://mw.uowm.gr/**

**ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Ο/Η υπογεγραμμένος/η ………………………………………………………………………………… μέλος Δ.Ε.Π. ή Επιστημονικό Προσωπικό του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας βεβαιώνω ότι ο/η φοιτητής/τρια….……….……………………………………………...με Αριθμό Μητρώου….………….. πήρε μέρος στις εξετάσεις του μαθήματος …………………………………………………………………………………………………………………………………………., που διενεργήθηκαν στις ……/……/202... .

**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ**

Πτολεμαΐδα, ………………….202… ……………………………..

Η Γραμματέας (Υπογραφή)