|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

**Υπεύθυνη Δήλωση Φοιτητών/τριών για συμμετοχή ή όχι στη δια ζώσης εκπαίδευση Κλινικών μαθημάτων**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ …………………………………………………………………

ΑΜ ………………………………….

Δηλώνω υπεύθυνα πως έχω εγγραφεί στο μάθημα:

|  |  |
| --- | --- |
| **Κλινική Καρδιοναπνευτστική Φυσικοθεραπεία**  |  |
| **Κλινική Μυοσκελετική Φυσικοθεραπεία ΙΙ** |  |

Δηλώνω υπεύθυνα πως επιθυμώ να ολοκληρώσω το κλινικό μέρος του μαθήματος:

|  |  |
| --- | --- |
| Δια ζώσης |  |
| Εξ αποστάσεως |  |

ακολουθώντας τους κανόνες ΕΟΔΥ που πρέπει να τηρούνται (όσον αφορά τη δια ζώσης εκπαίδευση) και σύμφωνα με τον προγραμματισμό που έχει πραγματοποιηθεί από το Τμήμα Φυσικοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών και για τον οποίο έχουμε ενημερωθεί.

Ονο/μο φοιτητή/τριας Ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Υπογραφή