

**Ταχ. Δ/ση: 3χιλ.Π.Ε.Ο Λαμίας-Αθηνών
Τ.Κ.35100 Λαμία**

**Τηλέφωνο: 22310-60176
60177**

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνεται ότι:

Ο/Η.....

Του.....είναι σπουδαστ..... του

Τμήματος Φυσικοθεραπείας της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι Στερεάς Ελλάδας με αριθμό

Μητρώου.....

Η ελάχιστη διάρκεια φοίτησης είναι επτά (7)εξάμηνα και η παρακολούθηση
είναι υποχρεωτική.

Η ελάχιστη διάρκεια σπουδών για τη λήψη του πτυχίου του Τμήματος είναι
Οκτώ (8) εξάμηνα.

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται **για κάθε νόμιμη χρήση**

Η Γραμματέας του Τμήματος

Σάλτα Φωτεινή