|  |
| --- |
| **EBLHMA.pngΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ****ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ****ΤΜΗΜΑΔΗΜΟΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**Ημερομηνία: ………………………… Αρ. Πρωτ. : .……………………..... [Συμπληρώνεται από τη Γραμματεία] **Προς:** **………………………………………………** **………………………………………………** **………………………………………………** |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΜΕΤΑΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο/Η κ. ……………………………………………………. του (όνομα πατρός)…………………………………., εκπονεί Μεταδιδακτορική Έρευνα στο Τμήμα ……….……………………………………… της Σχολής ………………………………………………………………………. του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής από …. /…../…...

Η έρευνα εκπονείτε στο γνωστικό αντικείμενο «……………………………………………………………….» με επιβλέποντα/ουσα τον/την κ./κα …………………………………………………*(Όνομα, Επώνυμο, Βαθμίδα, Τμήμα-Σχολή- Ίδρυμα)*

Η βεβαίωση αυτή χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

 **Ο/Η Πρόεδρος του Τμήματος ……………………….**

**………………………………………………**

**(Ονοματεπώνυμο & Yπογραφή)**