|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ |  | **ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  **ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ** | *Λογότυπο Τμήματος*  *2x2 cm*  Θεσσαλονίκη,  Αρ. Πρωτ.: |
|  | Γραμματεία |
| Πληροφορίες: Ονοματεπώνυμο υπαλλήλου  *Τηλ.: 2310 99 0000*  *E-mail: username@auth.gr*  *Κτίριο: ………………………………………………………* |

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ**

Όπως προκύπτει από τα αρχεία των Γραμματειών των Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών «…………… …………… ………………» και «…………… …………… ………………» του Τμήματος Ιατρικής του Α.Π.Θ., **ο κ. Όνομα Επίθετο έχει τριετή τουλάχιστον διδακτική εμπειρία στα παραπάνω Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών**.

Συγκεκριμένα έχει διδάξει:

* στο μάθημα κορμού του α’ χειμερινού εξαμήνου ακαδημαϊκών ετών 2005-06, 2006-07, 2007-08, 2008-09, 2009-10, 2010-11 και 2011-12 «………………… ……………………. ………………………… …………….. ……………………….. ………………………» του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «…………… …………… ………………» του Τμήματος Ιατρικής του Α.Π.Θ.
* στο μάθημα κορμού του β’ εαρινού εξαμήνου ακαδημαϊκών ετών 2015-16, 2016-17 και 2020-21 «………………… ……………………. ………………………… …………….. ……………………….. ………………………» του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «…………… …………… ………………» του Τμήματος Ιατρικής του Α.Π.Θ.

Ο Πρόεδρος

του Τμήματος Ιατρικής

*(υπογραφή)\**

Ονοματεπώνυμο Προέδρου

*\*Ακριβές Αντίγραφο από το πρωτότυπο*

*που τηρείται στο αρχείο της υπηρεσίας*