



REPUBLIKA E SHQIPËRISË  
URDHRI I FARMACISTËVE  
KËSHILLI KOMBËTAR

VETËDEKLARIM PRAKTIKANTI

Unë, i nënshkruari \_\_\_\_\_, i datëlindjes \_\_/\_\_/\_\_\_\_, lindur në,  
\_\_\_\_\_ me vendbanim \_\_\_\_\_,  
adresa \_\_\_\_\_ nr.tel. \_\_\_\_\_, adresë e-mail  
\_\_\_\_\_ deklaroj nën përgjegjësinë time si më poshtë:

1. Jam diplomuar në Universitetin \_\_\_\_\_, me diplomë nr. \_\_\_\_\_  
dt. \_\_\_\_\_.
2. Do kryej praktikën profesionale në:  
Farmacinë: \_\_\_\_\_  
Adresa e plotë e farmacisë: \_\_\_\_\_
3. Me drejtues të praktikës profesionale Z./Znj. \_\_\_\_\_
4. Dorëzoj në zyrën e UFSH dokumentat e mëposhtme:
  - Kërkesë për regjistrimin në Regjistrin e Praktikantëve Farmacistë të UFSH
  - Fotokopje diplome dhe listë notash, të noterizuara
  - Fotokopje e dokumentit të identifikimit
  - Tre fotografi 3 x 3.5 cm
  - Kontratë për kryerjen e praktikës me farmacinë
  - Fotokopje e certifikatës së anëtarësimit në UFSH të drejtuesit të praktikës
  - Mandat pagesën për tarifën e regjistrimit dhe mbikqyrjen nga UFSH, **10000 lekë** në numrin e llogarisë **69623 pranë bankës BKT.**

Data \_\_\_\_\_

(Emri, mbiemri, firma)