



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)