

**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Me drejtues të praktikës profesionale Z./Znj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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)**