



REPUBLIKA E SHQIPËRISË URDHRI I FARMACISTËVE

VETEDEKLARIM KANDIDATI/JA PRAKTIKANT/E

Unë, i/e nënshkruari/a _____, i/e datëlindjes _____, lindur në, _____ me vendbanim _____, adresa _____ nr.tel. _____, deklaroj nën përgjegjësinë time si më poshtë:

1. Jam diplomuar në Universitetin _____, me diplomë nr. _____ dt. _____.

2. Jam praktikant/e në:

Farmaci e rrjetit të hapur: _____

Farmaci spitalore: _____

Adresa e plotë e subjektit farmaceutik: _____

3. Me drejtues/e të Praktikës Profesionale Z./Znj. _____

4. Kam dorëzuar në zyrën UFSH dokumentat e mëposhtëme:

- Kërkesë për regjistrimin në Regjistrin e Praktikantëve Farmacistë të UFSH
- Fotokopje diplomë dhe listë notash të noterizuara
- Fotokopje e dokumentit të identifikimit
- Tre fotografi 3 x 3.5 cm
- Kontratë për kryerjen e praktikës me subjektin farmaceutik
- Mandat pagesën për tarifën e regjistrimit dhe mbikqyrjen nga UFSH, **10000 lekë** në numrin e llogarisë **69623 pranë bankës BKT**.

5. Deklaroj se për çdo ndryshim që ka lidhje me pohimet e mësipërme, do të njoftoj Zyrën e UFSH-së, për të kryer ndryshimet përkatëse.

Data _____

(Emri, mbiemri, firma)